MINISTERO DELL'INTERNO
DIPARTIMENTO DEI VIGILI DEL FUOCO
DEL SOCCORSO PUBBLICO E DELLA DIFESA CIVILE

SCHEDA NOTIZIE INFERMITÀ [1]

(Da redigere a cura del Medico incaricato del Servizio sanitario)

SOMMOZZATORE SAF2B PERSONALE DI VOLO { PILOTA / SPECIALISTA }

QUALIFICA ..... COGNOME ..... NOME .....

DATA DI NASCITA ..... ENTE DI APPARTENENZA .....

PERIODO DI ASSENZA LAVORATIVA: DAL ..... AL .....

PRIMO CERTIFICATO PROSECUZIONE DI MALATTIA RIAMMISSIONE IN SERVIZIO

CLASSIFICAZIONE DELLA MALATTIA [2]

MALATTIA INFETTIVA E PARASSITARIA
TUMORE
MALATTIA DEL SANGUE, DISORDINE EMOPOIETICO, DISORDINE IMMUNITARIO
MALATTIA ENDOCRINA, NUTRIZIONALE, METABOLICA
DISORDINE MENTALE, DISORDINE DEL COMPORTAMENTO
MALATTIA DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE, MALATTIA DEI NERVI PERIFERICI
MALATTIA DEGLI OCCHI E DEGLI ANNESSI
MALATTIA DEGLI ORECCHI E DEI PROCESSI MASTOIDEI
MALATTIA DELL'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO (CUORE E VASI)
MALATTIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO
MALATTIA DELL'APPARATO DIGERENTE (GASTROENTERICO), DEL FEGATO, DELLE VIE BILIARI, DEL PANCREAS
MALATTIA DEL RENE E DELL'APPARATO URO-GENITALE
MALATTIA DELLA PELLE
MALATTIA DELL'APPARATO MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO
MALATTIA CORRELATA ALLO STATO DI GRAVIDANZA, AL PARTO E AL PUERPERIO
TRAUMI, AVVELENAMENTI E ALTRE CONSEGUENZE DI CAUSE ESTERNE, COMPRESI I TRATTAMENTI FARMACOLOGICI
ALTRO

DIAGNOSI SPECIFICA .....

.....

PROVVEDIMENTO MEDICO-LEGALE INERENTE IL SERVIZIO D'ISTITUTO NEL C.N.VV.F. .....

.....

PROVVEDIMENTO MEDICO-LEGALE INERENTE LA SPECIFICA MANSIONE .....

.....

ALLEGATI: N° ..... Certificati/Referti medici

Timbro e firma
del Medico incaricato del Servizio sanitario

DATA COMPILAZIONE .....

1 Tutti i campi sono obbligatori (apporre una x sulle apposite caselle e compilare i campi descrittivi).
2 Barrare con una x la voce che ricorre e indicare di seguito la diagnosi specifica.