

VERBALE MODELLO BL/S- N..... DATATO²

A RICHIESTA di ^(a)
 CON LETTERA PROT. n., DATATA.....
 la sottoscritta Commissione si è riunita per eseguire gli accertamenti sanitari finalizzati a³:

 riguardanti ^(b)
 nato il a (Prov.....), documento di
 riconoscimento..... n. rilasciato da
 in data appartenente al ^(c)

ACCERTAMENTO SANITARIO iniziato in data ⁶ .

(^d)..... è presente il medico di fiducia: Dott. iscrizione
Ordine dei Medici N..... Provincia di che (d) ha formulato osservazioni ⁷

[illegible]**ESAME OBIETTIVO E ACCERTAMENTI CLINICI E STRUMENTALI** (interni ed esterni) ^{9 10} :[illegible]

a) Corpo, Ufficio, o Ente di appartenenza richiedente. b) Cognome e nome, grado o qualifica. c) Ente di appartenenza del dipendente.
d) SI o NON.

[illegible]

II^b

per le infermità di cui al GIUDIZIO DIAGNOSTICO:

1) E' (d).....IDONEO¹⁴

.....

.....

.....

.....

2)¹⁵

.....

.....

.....

.....

| Infermità Lesione ⁵ | Dipendenza causa di servizio | Tempestività domanda | P.V. Mod. o provvedimento definitivo | Datato | C.M. 2° Istanza o C.M.O. o Direttore o Amministrazione o Ente |
|-----------------------------------|---------------------------------|-------------------------|---|--------|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Dott.³⁰ Medico Specialista in

I GIUDIZI sono stati espressi ad: ^e ☐ UNANIMITA' oppure ☐ MAGGIORANZA di voti

LA COMMISSIONE

..... (Membro)

.....(Presidente)

Avverso il presente verbale, entro 10 giorni dalla relativa comunicazione, è ammesso ricorso alla competente Direzione di sanità militare territoriale di cui all'articolo 5 della Legge 11 marzo 1926, n. 416 e successive modificazioni ed integrazioni.

b Cognome e nome, grado o qualifica

d SI o NON

^e Barrare la casella del caso che ricorre

^f Parere motivato del membro della Commissione dissenziente, o del membro specialista con voto consultivo

