Dr.med. Xxxxxxxxxxx Xxxxxxxxxxxxx

*Medico di Medicina Generale - Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin*

39000 XXXXXXXXXXX, via Xxxxxxxxx Straße 000

|  |  |
| --- | --- |
| **Certificato medico**  **di idoneitá psicofisica al servizio**  in associazioni di volontariato per la protezione civile  *ai sensi dell’intesa tra il Dipartimento della Protezione Civile e le Regioni e Province Autonome del 12 gennaio 2012 (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 82 del 6 aprile 2012)* | **Ärztliches Zeugnis**  **der psychischen und körperlichen Eignung zum Dienst**  für die ehrenamtliche Tätigkeit in Vereinen des Zivilschutzes  *im Sinne der Vereinbarung des 12. Jänner 2012 zwischen dem Zivilschutz und den Regionen und Autonomen Provinzen (veröffentlicht im Amtsblatt Nr. 82 des 6. April 2012)* |
| Sulla base dei dati anamnestici e della visita medica si certifica che il/la Signor/a | Aufgrund der Krankengeschichte und der ärztlichen Untersuchung bestätige ich hiermit, daß Herr/Frau |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(Cognome e nome – Nach- und Vorname)*  nato/a il  geboren am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a / in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(data di nascita – Geburtsdatum) (luogo di nascita – Geburtsort)* | |
| **non è affetto da imperfezioni psichiche o fisiche tali da pregiudicare il corretto espletamento delle attività a cui intende dedicarsi nell’associazione di volontariato** e non presenta sintomi di malattie infettive che possono riuscire di pregiudizio alla salute pubblica.  Il/la richiedente dichiara di aver effettuato tutte le **vaccinazioni obbligatorie** come previsto dai piani vaccinali provinciali:  ……sí – ja  Da quanto precede si giudica in riguardo all’attivitá richiesta di | **keine Anzeichen psychischer oder körperlicher Gebrechen aufzeigt, die eine Ausübung der vorge-sehenen ehrenamtlichen Tätigkeit im Verein beeinträchtigen würde**, und außerdem keine An-zeichen ansteckender Krankheiten aufweist, die die öffentliche Gesundheit gefährden könnten.  Genannte/r Antragsteller/in erklärt, sämtliche **Pflicht-impfungen** durchgeführt zu haben, die der Landes-impfplan vorsieht:  ……no - nein  Aufgrund dessen wird bezüglich der Eignung zum beabsichtigten Dienst von |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(attivitá – Tätigkeit)* | |
| la seguente idoneitá: | ärztlich geurteilt: |
| **idoneitá psicofisica senza restrizioni ……………..…….ohne Einschränkung geeignet** .  *oppure – oder*  **idoneitá** con le seguenti **prescrizioni :** …………………..**geeignet** mit folgenden **Einschränkungen** :  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Validitá** dell’idoneitá certificata: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **gilt** die hier bescheinigte Eignung. | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(luogo del rilascio – Ort)* am *(data– Datum)* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(firma e timbro – Unterschrift und Stempel)* |