

# Esame medico d'idoneità per pompieri

Certificato medico

**Si prega di inviare il modulo al comando dei pompieri responsabile!**

Comando dei pompieri responsabile

---

Il signor/la signora

---

il giorno

---

è stato/a alla guida per la visita medica dei pompieri FSP/CSP o in base alle istruzioni del servizio della circolazione.

---

## Decisione

Per	il servizio generale di pompieri	la protezione della respirazione	la categoria C/C1
Idoneo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rinviato/a a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non idoneo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esame anticipato	<input type="checkbox"/> Data	<input type="checkbox"/> Data	<input type="checkbox"/> Data

Luogo

---

Timbro, firma

---

Data

---