## Esame dell’udito

(da compilare da un medico specialista in **FMH Orecchio – naso – gola**)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Cognome |  | Nome |  | Data di nascita |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **1.** | **Anamnesi** |
|  | Antecedente ORL particolare  SI  NO |
|  | Osservazioni: |
|  |  |
|  | Presenza di fratture cranio cerebrali o commozioni cerebrali  SI  NO |
|  | Osservazioni: |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **2.** | **Esame ORL**  in ordine  non in ordine |
|  | Osservazioni: |
|  |  |
|  |  |
| **3.** | **Audiogramma** destro  normale  anormale |
|  | sinistro  normale  anormale |
|  | Osservazioni: |
|  |  |

**Allegare al formulario i risultati dell’audiogramma.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Luogo e data |  | **Timbro** e firma del Medico specialista |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Riservato alla Polizia cantonale** | | |
| Eventuale preavviso da parte del Medico del personale dell’Amministrazione cantonale | | |
| favorevole | | negativo |
| Luogo e data |  | Timbro e firma del Medico del personale |