

Intestazione dello studio medico di fiducia di cui all'articolo 25 della legge 23 dicembre 1978, n. 833

CERTIFICATO MEDICO

Cognome _____ nome _____,

nato a _____ (_____), il _____,

residente a _____ (_____), in via _____, n. _____,

codice fiscale _____,

documento d'identità:

tipo _____, n. _____,

rilasciato in data _____, da _____,

Il soggetto, sulla base dei dati anamnestici riferiti, dei dati in mio possesso, degli accertamenti eseguiti e dei dati clinico - obiettivi rilevati nel corso della visita medica da me effettuata, risulta in stato di buona salute e:

è affetto NO SI (1) da deficit di glucosio 6-fosfato-deidrogenasi (G6PD);

risulta NO SI (1) aver avuto manifestazioni emolitiche.

Note:

Il sottoscritto _____ dichiara di aver fornito tutti gli elementi informativi chiesti in merito ai dati di cui sopra, con particolare riferimento a ricoveri ospedalieri, consapevole delle sanzioni civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilito dal decreto del Presidente della Repubblica n. 445/2000.

Il candidato

(firma per esteso, nome e cognome leggibili)

Rilascio il presente certificato, in carta libera, a richiesta dell'interessato, ai fini dell'accertamento dell'idoneità al servizio militare nelle Forze armate.

Il presente certificato ha validità semestrale dalla data del rilascio.

Il medico

_____,
(luogo)

(data)

(timbro e firma)

Nota:

(1) barrare con una X la casella d'interesse.