

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

**CERTIFICATO MEDICO**  
(articolo 27, comma 1, lettera c) del bando)

Cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_,  
nato/a 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 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/a  NO  SI (1) da deficit di glucosio6-fosfato-deidrogenasi (G6PD);

risulta  NO  SI (1) aver avuto manifestazioni emolitiche.

Note:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
dichiara di aver fornito tutti gli elementi informativi richiesti in merito ai dati di cui sopra, con particolare riferimento a ricoveri ospedalieri, consapevole delle sanzioni civili e penali previste nel caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dal decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445.

Il/La candidato/a

\_\_\_\_\_  
(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.

\_\_\_\_\_,  
(luogo)

\_\_\_\_\_,  
(data)

Il medico

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma)

NOTA:

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