

Intestazione studio medico di fiducia , di cui all'art. 25 della legge 23.12.1978 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 dei dati clinico-obiettivi rilevati nel corso della visita medica da me effettuata, risulta in stato di buona salute ed è

affetto NO SI da deficit di glucosio 6- fosfato - deidrogenasi (G6PD) e

risulta NO SI aver avuto manifestazioni emolitiche

Note:

Il sottoscritto _____ 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 dichiarazioni mendaci, così come stabilito dal decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445.

 (luogo e data)

Firma del dichiarante

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 di rilascio.

 (luogo e data del rilascio)

IL MEDICO

 (timbro e firma)