

Intestazione studio medico di fiducia, di cui all'art. 25 della legge 23.12.1978 n. 833

FAC SIMILE**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;

- NO SI aver avuto pregresse 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 dichiarazione mendace, così come stabilito dal decreto del Presidente della Repubblica n. 445 del 28 dicembre 2000.

Firma del dichiarante

Rilascio il presente certificato, in carta libera, a richiesta dell'interessato ai fini dell'accertamento dell'idoneità al servizio nella Guardia di finanza.

Il presente certificato ha validità semestrale dalla data del rilascio.

Luogo e data di rilascio, _____

IL MEDICO

(timbro e firma)