

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

CERTIFICATO DI STATO DI BUONA SALUTE

Cognome _____ nome _____,
 nato a _____ (_____), il _____,
 residente a _____ (_____), in via _____, n. _____,
 n. iscrizione al SSN _____,
 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, è in stato di buona salute e risulta (1):

NO SI aver avuto manifestazioni emolitiche – gravi manifestazioni immunoallergiche –
 gravi intolleranze ed idiosincrasie a farmaci o alimenti (2).

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 28 dicembre 2000, n. 445.

Il candidato

 (firma leggibile del dichiarante)

Rilascio il presente certificato, in carta libera, a richiesta dell'interessato, per uso "arruolamento" nelle Forze armate.

Il presente certificato ha validità semestrale dalla data del rilascio.

_____,
 (luogo)

_____,
 (data)

Il medico

 (timbro e firma)

Note:

- (1) barrare con una X la casella d'interesse;
- (2) depennare eventualmente le voci che non interessano.