

(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 possesso, degli accertamenti eseguiti e 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 glucosio6-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 dichiarazione mendace, così come stabilito dal D.P.R. 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 militare nelle Forze Armate.

Il presente certificato ha validità semestrale dalla data del rilascio.

Luogo e data di rilascio, \_\_\_\_\_

IL MEDICO

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