

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 e dei dati clinico-obiettivi rilevati nel corso della visita 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. 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 del rilascio _____

IL MEDICO

(timbro e firma)

**DICHIARAZIONE DI RICEVUTA
INFORMAZIONE E DI RESPONSABILIZZAZIONE**

Il sottoscritto _____
nato a _____ (_____) il _____
residente a _____ (_____) in Via _____ n. _____
Codice Fiscale _____
Documento d'identità: _____ n. _____
rilasciato in data _____ da _____
Ente di appartenenza: _____

DICHIARA

1. di aver fornito all'Ufficiale medico che ha eseguito la visita elementi informativi veritieri e completi in merito al proprio stato di salute attuale e pregresso, con particolare riguardo al deficit di G6PD-favismo, a crisi emolitiche e a ricoveri ospedalieri;
2. di essere stato portato a conoscenza del rischio connesso ad alcuni fattori che possono determinare l'insorgenza di crisi emolitiche (*ad esempio legumi, con particolare riferimento a fave e piselli, vegetali, farmaci o sostanze chimiche*);
3. di essere stato informato, in maniera dettagliata e comprensibile, dallo stesso Ufficiale medico in merito alle possibili manifestazioni clinico patologiche delle crisi emolitiche;
4. di sollevare l'Amministrazione della Difesa da ogni responsabilità derivante da non veritiere, incomplete od inesatte dichiarazioni inerenti al presente atto.

Luogo e data _____

Firma del dichiarante

La presente dichiarazione è stata resa e sottoscritta nel corso della visita medica eseguita in data _____

Luogo e data _____

L'UFFICIALE MEDICO

(*timbro e firma*)

^^^^^^^^^^

NOTE:

La dichiarazione di ricevuta informazione è predisposta dal Centro di selezione e compilata a cura dell'Ufficiale medico che ha eseguito la visita.

Gli originali delle dichiarazioni devono essere conservati nella documentazione personale dell'interessato.

Le copie delle dichiarazioni di ricevuta informazione, unitamente a copia del certificato di stato di buona salute, devono essere conservate negli archivi della struttura sanitaria ed annotate nel libretto sanitario individuale o documento elettronico equivalente.

Il trattamento dei dati sensibili di cui sopra sarà effettuato nel rispetto del D.L.vo 196/2003.