

Intestazione dello studio medico di fiducia di cui all'articolo 25 della legge 23 dicembre 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 medica da me effettuata, risulta in stato di buona salute e:

è affetto  NO  SI (1) da deficit di glucosio6–fosfato–deidrogenasi (G6PD);

risulta  NO  SI (1) aver avuto manifestazioni emolitiche.

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 per esteso, nome e cognome leggibili)

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.

Il medico

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(località) (data)

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

^^^^^^^^^^

NOTA:

(1) barrare con una X la casella d'interesse.