

Intestazione dello studio medico, di cui all'art. 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 da me effettuata, risulta in stato di buona salute e:

è affetto NO SI da deficit di glucosio 6-fosfato-deidrogenasi (G6PD); (1)

risulta NO SI aver avuto manifestazioni emolitiche. (1)

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 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.

Luogo e data _____

Il medico

 (timbro e firma)

Note

(1) barrare l'opzione che interessa.