

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

### CERTIFICATO MEDICO

Cognome \_\_\_\_\_, nome \_\_\_\_\_,  
 nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) ,il \_\_\_\_\_,  
 residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) , in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
 codice fiscale \_\_\_\_\_,  
 documento di 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 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 chiesti in merito ai dati di cui sopra, con particolare riferimento a ricoveri ospedalieri, consapevole delle sanzioni civili e penali previste nel caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilito dal D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000.

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

\_\_\_\_\_  
 (luogo)

\_\_\_\_\_  
 (data)

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