

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

CERTIFICATO DI STATO DI BUONA SALUTE

Cognome _____, nome _____,

nato a _____ (_____), il _____,

residente a _____ (_____), in via _____, n. _____,

numero iscrizione al SSN _____,

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, è in stato di buona salute e risulta:

NO SI (1) aver avuto manifestazioni emolitiche, gravi manifestazioni immunoallergiche, gravi intolleranze ed idiosincrasie a farmaci o alimenti (2)

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 decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445.

il candidato

(firma per esteso con 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)

Note:

- (1) barrare con una X la casella d'interesse;
 (2) depennare eventualmente le voci che non interessano.