

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. _____,
 n. iscrizione al servizio sanitario nazionale _____,
 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, è in stato di buona salute e risulta:

NO SI aver avuto manifestazioni emolitiche, gravi manifestazioni immunoallergiche, gravi intolleranze ed idiosincrasie a farmaci o alimenti.

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 in caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dal D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000.

Firma del dichiarante

Rilascio il presente certificato, in carta libera, a richiesta dell'interessato per uso "arruolamento" nelle Forze armate.

Il presente certificato ha validità semestrale dalla data del rilascio.

Luogo e data di rilascio, _____

IL MEDICO

(timbro e firma)