

**CERTIFICATO DI STATO DI BUONA SALUTE**  
**Paragrafo 3.2. dell' Appendice Arma dei Carabinieri)**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_,  
nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), in via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_,  
codice fiscale \_\_\_\_\_,  
identificato mediante documento d'identità tipo: \_\_\_\_\_,  
n. \_\_\_\_\_, rilasciato il \_\_\_\_\_, da \_\_\_\_\_.  
Sulla base dei dati anamnestici riferiti e di quelli in mio possesso, degli accertamenti eseguiti e dei dati obiettivi rilevati nel corso della visita medica da me effettuata, per quanto riguarda lo stato di salute del mio assistito sopra citato,

**ATTESTO QUANTO SEGUE**  
(barrare con una X la casella d'interesse)

| PATOLOGIE                                                 |         |           |    | SPECIFICARE |
|-----------------------------------------------------------|---------|-----------|----|-------------|
| Manifestazioni emolitiche                                 | In atto | Pregressa | NO |             |
| Deficit di G6PDH (favismo)                                | In atto | Pregressa | NO |             |
| Intolleranze, idiosincrasie o allergie a farmaci/alimenti | In atto | Pregressa | NO |             |
| Allergie a pollini o inalanti                             | In atto | Pregressa | NO |             |
| Psichiatriche                                             | In atto | Pregressa | NO |             |
| Neurologiche                                              | In atto | Pregressa | NO |             |
| Apparato cardiocircolatorio                               | In atto | Pregressa | NO |             |
| Apparato respiratorio                                     | In atto | Pregressa | NO |             |
| Apparato digerente                                        | In atto | Pregressa | NO |             |
| Apparato urogenitale                                      | In atto | Pregressa | NO |             |
| Apparato osteoarticolare                                  | In atto | Pregressa | NO |             |
| ORL, oftalmologiche                                       | In atto | Pregressa | NO |             |
| Ematologiche                                              | In atto | Pregressa | NO |             |
| Endocrinologiche                                          | In atto | Pregressa | NO |             |
| Diabete mellito                                           | In atto | Pregressa | NO |             |
| Epilessia                                                 | In atto | Pregressa | NO |             |
| Uso di sostanze psicotrope e/o stupefacenti               | In atto | Pregressa | NO |             |
| Abuso di alcool                                           | In atto | Pregressa | NO |             |
| Interventi chirurgici                                     | In atto | Pregressa | NO |             |
| Neoplasie                                                 | In atto | Pregressa | NO |             |
| Traumi e fratture                                         | In atto | Pregressa | NO |             |
| Altre patologie                                           | In atto | Pregressa | NO |             |

Terapia farmacologica in atto: \_\_\_\_\_

note: \_\_\_\_\_

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) (data)

Il medico

\_\_\_\_\_