

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

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

Il medico

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
 (luogo) (data)

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

NOTA:

(1) barrare l'opzione che interessa.