

Cognome _____ nome _____,
nato a _____ (_____), il _____,
residente a _____ (_____), in via _____, n. _____,
n. 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 medica da me effettuata, è in stato di buona salute e risulta:

SI NO (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 chiesti in merito ai dati di cui sopra, con particolare riferimento a ricoveri ospedalieri, consapevole delle sanzioni civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilito dal decreto del Presidente della Repubblica 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 per uso "arruolamento" nelle Forze armate.

Il presente certificato ha validità semestrale dalla data del rilascio.

Il medico

(località) _____ (data)

(timbro e firma)

^^^^^^^^^^

NOTE:

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