

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

CERTIFICATO DI STATO DI BUONA SALUTE  
(articolo 11, comma 4 del bando)

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) pennare eventualmente le voci che non interessano.