

Intestazione dello studio medico di fiducia di cui all'articolo 25 della legge 23 dicembre 1978, n. 833  
 Bezeichnung der Praxis des Vertrauensarztes gemäß Artikel 25 des Gesetzes Nr. 833 vom 23. Dezember 1978

**CERTIFICATO DI BUONA SALUTE**

**ÄRZTLICHES ZEUGNIS**

Tabella formattata

Cognome: _____	Nachname: _____
nome: _____	Vorname: _____
nato a: _____ (____), il _____	geboren in: _____ (____) am _____
residente a _____ (____),	wohnhaft in _____ (____)
in via _____, n. _____:	Straße _____ Nr. _____
n. iscrizione al SSN _____	Eintragungsnr. Staatl. Gesundheitsdienst: _____
codice fiscale _____	Steuernummer _____
documento d'identità: _____	Erkennungsausweis: _____
tipo _____, n. _____	Art: _____ Nr. _____
rilasciato in data _____ da _____	ausgestellt am _____ von _____

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  <sup>(1)</sup> aver avuto manifestazioni emolitiche, gravi manifestazioni immunoallergiche, gravi intolleranze e idiosincrasie a farmaci o alimenti <sup>(2)</sup>.

Auf der Grundlage der mitgeteilten Anamnesedaten, der in meinem Besitz befindlichen Daten, der durchgeführten Feststellungen und der klinisch-objektiven Daten, die ich während der von mir vorgenommenen ärztlichen Untersuchung erhoben habe, befindet sich die betreffende Person in einem guten Gesundheitszustand und  hat /  hat keine <sup>(1)</sup> zurückliegende/n hämolytische/n Reaktionen, schwere/n immunallergische/n Reaktionen, schwere/n Intoleranzen und Überempfindlichkeiten gegenüber Medikamenten oder Lebensmitteln <sup>(2)</sup>.

Note:

Anmerkungen:

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

Dieses Zeugnis wird auf Ansuchen der o. g. Person auf stempelfreiem Papier für folgenden Verwendungszweck ausgestellt: „Eintritt in den Dienst bei den Streitkräften“.

Il presente certificato ha validità semestrale dalla data del rilascio.

Vorliegende Bescheinigung ist sechs Monate ab Ausstellungsdatum gültig.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
 (località) (data)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
 (Ort) (Datum)

Il medico

Der Arzt

(timbro e firma)

(Stempel und Unterschrift)

Note:

Anmerkungen:

<sup>(1)</sup> barrare con una X la casella d'interesse.

<sup>(1)</sup> Zutreffendes ankreuzen

<sup>(2)</sup> depennare eventualmente le voci che non interessano.

<sup>(2)</sup> Eventuell durchstreichen, was nicht von Interesse ist