

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

CERTIFICATO MEDICO
(articolo 11, comma 4 del bando)

Cognome _____ nome _____

nato a _____ (____) il _____

residente a _____ (____) in via _____ n. _____

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, risulta in stato di buona salute e:

è affetto NO SI (1) da deficit di glucosio6 - fosfato - deidrogenasi (G6PD);

risulta NO SI (1) aver avuto manifestazioni emolitiche.

Note:

Il sottoscritto _____, consapevole delle conseguenze che, ai sensi dell'articolo 76 del D.P.R. n. 445/2000 possono derivargli da falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara di aver fornito tutti gli elementi informativi richiesti in merito ai dati di cui sopra, con particolare riferimento a ricoveri ospedalieri.

Firma del dichiarante

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.

Luogo e data di rilascio _____, _____

IL MEDICO

(timbro e firma)

Nota

(1) Barrare con una X la casella d'interesse.