

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

**CERTIFICATO MEDICO**  
(articolo 10, comma 4 del bando di concorso)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Nato/a 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 ed:

- è affetto da deficit di glucosio6 - fosfato - deidrogenasi (G6PD);
- risulta  NO  SI (1) aver avuto manifestazioni emolitiche.

Note:

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, 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/della 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.