

CERTIFICATO DI STATO DI BUONA SALUTE

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 da me effettuata, risulta in stato di buona salute e risulta:

SI NO (1) aver avuto manifestazioni emolitiche, gravi manifestazioni immunoallergiche, gravi intolleranze e idiosincrasie a farmaci o alimenti. (2)

Note:

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.

_____, _____
 (luogo) (data)

Il medico

 (timbro e firma)

NOTA:

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

