

ALLEGATO B

(art. 9, comma 2, lettera d) del bando)

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

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 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, cognome e nome 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) depennare eventualmente le voci che non interessano.

