

ALLEGATO D

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

CERTIFICATO DI STATO DI BUONA SALUTE

(art. 11, comma 2 del bando)

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, è in stato di buona salute e risulta:

☐ NO ☐ SI (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 richiesti in merito ai dati di cui sopra, con particolare riferimento a ricoveri ospedalieri, consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazione mendace.

Il candidato

(firma per esteso, nome e cognome 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

_____, _____
(luogo) (data) (timbro e firma)

NOTE:

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

