

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 da me effettuata, risulta 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:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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.

