

ALLEGATO B

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. 10, 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-oggettivi 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, così come stabilito dal D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

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) deppennare eventualmente le voci che non interessano.

