

ALLEGATO E

Intestazione dello studio medico di fiducia di cui all'articolo 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 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.

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.

