

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.

