



FORMAT

Spazio per intestazione studio medico di fiducia,
di cui all'art. 25 della legge 23.12.1978 n. 833

CERTIFICATO MEDICO

Cognome _____ Nome _____

nato a _____ (____) il _____

residente a _____ (____) in Via _____ n. ____

Codice fiscale _____

Documento d'identità:

tipo _____ n° _____

rilasciato in data _____ da _____

Il sottoscritto _____, sopra
meglio generalizzato, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del
D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di
atti falsi,

DICHIARA

di aver fornito tutti gli elementi informativi utili ai fini del rilascio del presente certificato, con
particolare riferimento ai ricoveri ospedalieri.

Firma del dichiarante

Sulla base di quanto riferito in anamnesi dall'interessato, dei dati sanitari in mio
possesso, degli accertamenti eseguiti e dei dati clinico-obiettivi rilevati nel corso della
visita medica da me effettuata, certifico (*barrare la voce che interessa*) che il soggetto
sopra identificato risulta SI NO in stato di buona salute. In particolare attesto che:

SEZIONE A

- NO SI sussistono manifestazioni emolitiche anche pregresse;
- NO SI sussistono gravi manifestazioni immuno-allergiche;
- NO SI sussistono gravi intolleranze o idiosincrasie a farmaci o alimenti.



SEZIONE B

-	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	ha avuto ricoveri ospedalieri. Se affermativo, indicarne i motivi: _____;
-	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	ha subito interventi chirurgici. Se affermativo, indicarne i motivi: _____;
-	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	sussistono malattie, anche pregresse, dell'apparato cardiovascolare (in caso affermativo indicare elementi di dettaglio) _____;
-	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	sussistono malattie, anche pregresse, dell'apparato endocrino (in caso affermativo indicare elementi di dettaglio) _____;
-	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	sussistono malattie e/o turbe, anche pregresse, di natura neurologica e/o psichiatrica (in caso affermativo indicare elementi di dettaglio) _____;
-	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	sussistono malattie, anche pregresse, dell'apparato urogenitale (in caso affermativo indicare elementi di dettaglio) _____;
-	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	sussiste epilessia o ha manifestato crisi convulsive (in caso affermativo indicare elementi di dettaglio) _____;
-	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	fa ovvero ha fatto uso di sostanze psicoattive, droghe e/o abuso di alcol (in caso affermativo indicare elementi di dettaglio) _____;
-	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	segue o ha seguito terapie farmacologiche, esclusi farmaci da banco o terapie occasionali per comuni episodi infettivi e/o algici (in caso affermativo indicare elementi di dettaglio) _____.

Note:

Luogo e data di rilascio, _____

IL MEDICO

(timbro e firma)