

## ALLEGATO D

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 Servizio Sanitario Nazionale o Regionale \_\_\_\_\_,

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 medica da me effettuata, è in stato di buona salute e risulta  SI  NO<sup>1</sup> aver avuto manifestazioni emolitiche (anche da carenza di G6PD – Favismo), manifestazioni immunoallergiche, intolleranze (celiachia) e idiosincrasie a farmaci o alimenti<sup>2</sup>.

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.

