

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

CERTIFICATO MEDICO

FAC SIMILE

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_

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, risulta:

- in stato di buona salute;
- NO  SI  aver avuto manifestazioni emolitiche;
- NO  SI  aver avuto gravi manifestazioni immuno allergiche;
- NO  SI  aver avuto gravi intolleranze ed idiosincrasie a farmaci o alimenti.

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 civili e penali previste nel caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dal DPR n. 445 del 28 dicembre 2000.

Firma del dichiarante

Rilascio il presente certificato, in carta libera, a richiesta dell'interessato ai fini dell'accertamento dell'idoneità al servizio nella Guardia di finanza.

Luogo e data di rilascio, \_\_\_\_\_

IL MEDICO

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma)

