ALLEGATO 4

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

FAC SIMILE

CERTIFICATO MEDICO
(Articolo 12, comma 1, del bando)

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;
- aver avuto manifestazioni emolitiche: NO ☐ SI ☐
- presenza di gravi manifestazioni immuno allergiche: NO ☐ SI ☐
- presenza di gravi intolleranze e idiosincrasie a farmaci o alimenti: NO ☐ SI ☐

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.

Il presente certificato ha validità semestrale dalla data del rilascio.

Luogo e data di rilascio, _____

IL MEDICO

_____
(timbro e firma)

18E09646