

Allegato E

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-obiettivi rilevati nel corso della visita medica da me effettuata, è in stato di buona salute e risulta SI NO¹ aver avuto manifestazioni emolitiche (anche da carenza di G6PD – Favismo), manifestazioni immunoallergiche, intolleranze (celiachia) e idiosincrasie a farmaci o alimenti².

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.

