Allegato B

Intestazione studio medico di fiducia, di cui all'art. 25 della legge 23 dicembre 1978 n. 833.

CERTIFICATO DI STATO BUONA SALUTE

Cognome _____ nome _____,

nato a _____ (_____), il _____,

residente a _____ (_____), in via _____, n._____,

n. di iscrizione al SSN _____,

codice fiscale _____,

documento d'identità:

tipo _____, n. _____,

rilasciato in data_____, da _____.

Il soggetto, sulla base dei dati anamnestici riferiti, dei dati in possesso, degli accertamenti eseguiti e dei dati clinico-obiettivi rilevati nel corso della visita medica da me effettuata, risulta in stato di buona salute e risulta:

☐ SI ☐ NO (1) aver avuto manifestazioni emolitiche, gravi manifestazioni immunoallergiche, gravi intolleranze ed idiosincrasie a farmaci o alimenti (2).

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.

_____, _____
(luogo) (data)

Il medico

_____
(timbro e firma)

NOTA:
(1) barrare con una X la casella d'interesse.
(2) depennare eventualmente le voci che non interessano.