

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, si presenta in stato di buona salute e risulta:

SI NO (1) aver avuto manifestazioni emolitiche, manifestazioni immunoallergiche, intolleranze (anche per celiachia) 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.

