

Allegato E

Intestazione dello studio medico di fiducia, di cui all'art. 25 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833.
CERTIFICATO DI STATO DI BUONA SALUTE
 (art. 11, comma 2 del bando)

Cognome _____ nome _____,
 nato a _____ (____), il _____,
 residente a _____ (____), in via _____ n. _____,
 N. 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 mio possesso, degli accertamenti eseguiti e dei dati clinico-obiettivi rilevati nel corso della visita da me effettuata, è in stato di buona salute e risulta:

NO SI (barrare con una X la casella d'interesse),

aver avuto manifestazioni emolitiche (anche da carenza di G6PD – favismo), gravi manifestazioni immunoallergiche, gravi intolleranze (anche da celiachia) ed idiosincrasie a farmaci o alimenti.

(Depennare eventualmente le voci che non interessano).

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 penali previste nel caso di dichiarazione mendace.

Il candidato

 (firma per esteso, nome e cognome leggibili)

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)

