



FORMAT

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

**CERTIFICATO MEDICO**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ ( ) in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Documento d'identità:

tipo \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

rilasciato in data \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, sopra  
meglio generalizzato, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del  
D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di  
atti falsi,

**DICHIARA**

di aver fornito tutti gli elementi informativi utili ai fini del rilascio del presente certificato, con  
particolare riferimento ai ricoveri ospedalieri.

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_

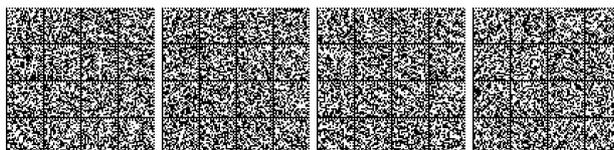
Sulla base di quanto riferito in anamnesi dall'interessato, dei dati sanitari in mio  
possesso, degli accertamenti eseguiti e dei dati clinico-obiettivi rilevati nel corso della  
visita medica da me effettuata, certifico (*barrare la voce che interessa*) che il soggetto  
sopra identificato risulta  SI  NO in stato di buona salute. In particolare attesto che:

**SEZIONE A**

- NO  SI  sussistono manifestazioni emolitiche anche pregresse;
- NO  SI  sussistono gravi manifestazioni immuno-allergiche;
- NO  SI  sussistono gravi intolleranze o idiosincrasie a farmaci o alimenti.

Luogo e data di rilascio \_\_\_\_\_

firma e timbro del medico \_\_\_\_\_



**SEZIONE B**

- NO  SI  ha avuto ricoveri ospedalieri. Se affermativo, indicarne i motivi:  
\_\_\_\_\_;

- NO  SI  ha subito interventi chirurgici. Se affermativo, indicarne i motivi: \_\_\_\_\_;

- NO  SI  sussistono malattie, anche pregresse, dell'apparato cardiovascolare (in caso affermativo indicare elementi di dettaglio) \_\_\_\_\_;

- NO  SI  sussistono malattie, anche pregresse, dell'apparato endocrino (in caso affermativo indicare elementi di dettaglio) \_\_\_\_\_;

- NO  SI  sussistono malattie e/o turbe, anche pregresse, di natura neurologica e/o psichiatrica (in caso affermativo indicare elementi di dettaglio) \_\_\_\_\_;

- NO  SI  sussistono malattie, anche pregresse, dell'apparato urogenitale (in caso affermativo indicare elementi di dettaglio) \_\_\_\_\_;

- NO  SI  sussiste epilessia o ha manifestato crisi convulsive (in caso affermativo indicare elementi di dettaglio) \_\_\_\_\_;

- NO  SI  fa ovvero ha fatto uso di sostanze psicoattive, droghe e/o abuso di alcol (in caso affermativo indicare elementi di dettaglio) \_\_\_\_\_;

- NO  SI  segue o ha seguito terapie farmacologiche, esclusi farmaci da banco o terapie occasionali per comuni episodi infettivi e/o algici (in caso affermativo indicare elementi di dettaglio) \_\_\_\_\_.

Note:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Luogo e data di rilascio, \_\_\_\_\_

IL MEDICO

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma)

