ALLEGATO *A*

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

FAC SIMILE

CERTIFICATO DI STATO DI BUONA SALUTE

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 anamestici 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:

❑ **NO** ❑ **SI** aver avuto manifestazioni emolitiche, gravi manifestazioni immunoallergiche, gravi intolleranze ed idiosincrasie a farmaci o alimenti.

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 civili e penali previste nel caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dal DPR n. 445 del 28 dicembre 2000.

Firma del dichiarante

_____

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 e data di rilascio, _____

IL MEDICO

_____

(timbro e firma)

10A10728