

(Intestazione dello studio medico di fiducia, di cui all'art. 25 L. 833/1978)

CERTIFICATO DI STATO DI SALUTE

Cognome _____ Nome _____ nato/a a _____
_____ () il _____ residente a _____
_____ () in Piazza/Via _____ n. _____ Codice
Fiscale _____ Documento d'identità: tipo _____
n° _____ rilasciato il _____ da _____

Sulla base dei dati anamnestici riferiti e di quelli in mio possesso, degli accertamenti eseguiti e dei dati obiettivi rilevati nel corso della visita medica da me effettuata, per quanto riguarda lo stato di salute del mio assistito sopra citato,

ATTESTO QUANTO SEGUE (barrare con una X la casella d'interesse)

PATOLOGIE				SPECIFICARE
Manifestazioni emolitiche	In atto	Pregressa	NO	
Deficit di G6PDH favismo	In atto	Pregressa	NO	
Intolleranze, idiosincrasie o allergie a farmaci/alimenti	In atto	Pregressa	NO	
Allergie a pollini o inalanti	In atto	Pregressa	NO	
Psichiatriche	In atto	Pregressa	NO	
Neurologiche	In atto	Pregressa	NO	
Apparato cardiocircolatorio	In atto	Pregressa	NO	
Apparato respiratorio	In atto	Pregressa	NO	
Apparato digerente	In atto	Pregressa	NO	
Apparato urogenitale	In atto	Pregressa	NO	
Apparato osteoarticolare	In atto	Pregressa	NO	
ORL, oftalmologiche	In atto	Pregressa	NO	
Ematologiche	In atto	Pregressa	NO	
Endocrinologiche	In atto	Pregressa	NO	
Diabete mellito	In atto	Pregressa	NO	
Epilessia	In atto	Pregressa	NO	
Uso di sostanze psicotrope e/o stupefacenti	In atto	Pregressa	NO	
Abuso di alcool	In atto	Pregressa	NO	
Interventi chirurgici	In atto	Pregressa	NO	
Neoplasie	In atto	Pregressa *	NO	
Traumi e fratture	In atto	Pregressa	NO	
Altre patologie	In atto	Pregressa	NO	

Terapie farmacologiche in atto: _____

Altre eventuali annotazioni: _____

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.

* In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 4, comma 1, della legge 7 dicembre 2023, n. 193 non devono essere fornite informazioni relative allo stato di salute concernenti patologie oncologiche da cui il candidato sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di dieci anni. Tale periodo è ridotto della metà nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età.

_____, _____
(luogo del rilascio) (data del rilascio)

Firma interessato

Il medico

(timbro e firma)