

Allegato "D"
(articolo 8, comma 3, lettera c del bando)

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 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, risulta in stato di buona salute ed è:

affetto NO SI da deficit di glucosio6-fosfato-deidrogenasi (G6PD) e

risulta NO SI aver avuto manifestazioni emolitiche.

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 D.P.R. del 28 dicembre 2000.

Firma del dichiarante

Rilascio il presente certificato, in carta libera, a richiesta dell'interessato ai fini dell'accertamento dell'idoneità al servizio militare nelle Forze Armate.

Il presente certificato ha validità semestrale dalla data del rilascio.

Luogo e data del rilascio _____

IL MEDICO

(timbro e firma)