

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)