

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)