

AUTOCERTIFICAZIONE PER RILASCIO
certificazione medico legale cessione del quinto

COGNOME: _____ **NOME** _____

NATO A _____ **IL** _____

RESIDENTE A _____ **VIA** _____

• Ha sofferto / soffre di patologie cardiache? si no

• Ha sofferto / soffre di patologie endocrine? (Diabete o altro) si no

• Ha sofferto / soffre di patologie neurologiche? si no

• Ha sofferto / soffre di patologie psichiatriche? si no

• Ha sofferto / soffre di epilessia? si no

• Fa uso di sostanze psicoattive? si no

• Ha sofferto / soffre di patologie ematologiche e/o sistemiche? si no

• Ha sofferto / soffre di patologie osteoarticolari? si no

• Ha sofferto / soffre di patologie dell'apparato uro-genitale? si no

• Ha subito interventi chirurgici? si no

• Ha riconosciuto uno stato di invalidità civile o soffre di patologie da causa di servizio? si no

• Gode di esenzioni dal ticket della spesa sanitaria per patologia? si no

• Pratica abitualmente terapie mediche? si no

Data _____ Firma del dichiarante _____

Il dichiarante è informato della responsabilità penale prevista dall'art.2 della Legge 04.01.1968 n.15 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi previste e della decadenza immediata dei benefici derivanti dal provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Firma