

## CERTIFICATO ANAMNESTICO

**di cui all' ORDINANZA n° 37 del 22/4/2020 e n° 39 del 25/4/2020  
e relativi allegati - Regione Campania**

Si certifica che il Sig./ra ..... nato/a .....  
il ..... residente..... sulla base della raccolta  
anamnestica prossima e remota, riferita alle notizie ottenute dal suddetto paziente, dei  
dati in mio possesso e a mia conoscenza e completata sulla base del solo esame obiettivo  
e clinico effettuato in data di oggi, è di buona salute. Tale condizione è certificata  
limitatamente a quanto accertabile sulla base di tale visita di medicina generale e in  
assenza della possibilità di ulteriore approfondimento ove possibile, con test diagnostici  
necessari per ottenere valutazioni di certezza richieste ai sensi dell' **ORDINANZA n° 37  
del 22/04/2020 e n° 39 del 25/4/2020 e relativi allegati Regione Campania.**

*Si rilascia per gli usi consentiti su richiesta dell'interessato. Il presente non può  
sostituire ovvero essere utilizzato se non come valutazione di supporto anamnestico nei  
casi previsti dalla vigente in ordine alla sorveglianza sanitaria e sicurezza sul lavoro,  
come regolamentato dal D.Lgs 81/2008 e 106/2009.*

In fede

.....  
(timbro e firma)

Il sottoscritto Sig. ....DICHIARA di aver ottenuto la  
prestazione ed il conseguente certificato a TITOLO GRATUITO.

.....  
(firma paziente)