## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO ANAMNESTICO

(da firmare in presenza del medico e da allegare al certificato medico)

Il/la sottoscritto/a nato a	(	)
Il/ residente a () in Via Nell'ambito dell'accertamento medico legale dell'idoneità psicofisica al conseguimento / con patente nautica DICHIARA In relazione agli stati patologici (e/o condizioni) di seguito elencati, che:	valida	della
Sussistono patologie dell' <b>apparato cardio-circolatorio</b> (pressione alta anche se normalizzata dal trattamento, pregresso infarto, angina, pregresso intervento cardiochirurgico, aneurisma, aritmie, ecc). Se sì, indicare quali:	SI	NO
Sussiste <b>diabete</b> (mellito) Se si, specificare di quale tipo: insulino – dipendente NON insulino dipendente (trattato con dieta od ipoglicemizzanti orali)	SI	NO
Sussistono altra <b>patologie endocrine</b> (ad es: della tiroide, dei surreni, dell'ipofisi) Se si, indicare quali:	SI	NO
Soffre (ha mai sofferto) di <b>malattie neurologiche</b> (ad es: m di Parkinson, emiparesi, ischemia cerebrale transitoria, sclerosi multipla, ecc.). Se si, indicare quali:	SI	NO
Soffre (ha sofferto di) <b>turbe o patologie psichiche</b> ( <i>ad es: ansia, depressione, allucinazioni, ecc.</i> ) Se si, indicare quali e in che periodo ne ha sofferto:	SI	NO
È attualmente (è stato) in cura con <b>tranquillanti</b> , <b>antidepressivi</b> , <b>barbiturici</b> , <b>sonniferi od altri farmaci psicotropi</b> . Se si, indicare quali, il periodo di riferimento e i dosaggi	SI	NO
Ha avuto problemi relativi ad <b>abuso di alcolici</b> ( <i>ad es guida o comando in stato di ebbrezza, ricoveri ospedalieri, ecc</i> ). Se si, specificare di quale tipo e quando	SI	NO
Ha fatto uso di <b>canapa indiana, ecstasy, eroina, cocaina, amfetamina, LSD o altre droghe</b> Se si specificare quando	SI	NO
Ha subito <b>trauma cranico</b> Se si, specificare quando	SI	NO
Soffre di epilessia o ha in passato manifestato <b>crisi epilettiche (o convulsioni)</b> Se si, specificare la data dell'ultima crisi e indicare la terapia eseguita	SI	NO

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO ANAMNESTICO

(da firmare in presenza del medico e da allegare al certificato medico)

(da firmare in presenza dei medico e da anegare ai certificato medico)		
Sussistono malattie del sangue Se si, specificare quali	SI	NO
so si, spootificate quali	51	110
Susstono malattie dell' <b>apparato uro – genitale</b> (ad es insufficienza renale cronica).		
Se si, specificare quali	SI	NO
Assume (o ha assunto per più di una settimana nell'ultimo anno) altre medicine oltre a quelle già		
dichiarate.		
Se si, indicare quali, il periodo di riferimento ed i dosaggi	SI	NO
Ha problemi di vista NON correggibili con lenti.		
Se si, indicare quali	SI	NO
	~*	710
Porta lenti a contatto Ha problemi di udito	SI	NO
Porta protesi acustiche	SI SI	NO NO
	51	NO
Dichiarazione del richiedente Dichiaro sotto la mia personale responsabilità di aver fornito tutte le informazioni in mia conoscenza	ntili e	a
definire il mio stato di salute, in particolare dichiaro di non fare abuso di alcolici, di sostanze stupefac		
psicotrope e di non aver avuto crisi epilettiche negli ultimi due anni.	CIIII	J
randon response to the second response to the		
Data// Firma del richiedent	e	
DICHIARAZIONE AI SENSI DELLA LEGGE SULLA PRIVACY		
A'		
Ai sensi del Decreto Legislativo 30/06/2003 n. 196 e s.m., sono stato informato/a del fatto che i dati persor riguardanti le mie condizioni di salute, emersi a seguito della presente visita, tutelati dal segreto d'uffic		
archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, ai sensi delle vigenti		
di legge. Saranno trasmessi ai competenti uffici pubblici, a loro volta vincolati dall'obbligo del segreto d'uff		
adempimenti di competenza previsti dalla legge.		
Il sottoscritto(*) autorizza il personale della se necessario, ad esaminare ed estrarre copia della documentazione sanitaria che lo riguarda, conservata pres	e lo	riterrà
pubbliche. Inoltre(*) autorizza l'inserimento dei dati personali e di quelli riguardanti le proprie co	ondiz	ioni di
salute, emersi nel corso della presente visita, in una cartella clinica medico – legale, che potrà essere est		
personale autorizzato, vincolato dal segreto d'ufficio, a seguito di qualsiasi richiesta di benefici presentata a s		
Servizio sanitario pubblico.		
(*) INDICARE "NON" IN CASO DI NEGATA AUTORIZZAZIONE.		
( ) INDIGINE NON IN CROSS BINESHIT NETONELLINE.		
Data Firma del dichiarante (da firmare in presenza del medico)		
(da firmare in presenza del medico)		
Firma del medico che riceve l'atto		