

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO ANAMNESTICO (da firmare in presenza del medico e da allegare al certificato medico)

Il/la sottoscritto/a _____
 nato/a a _____ il _____ e residente
 in _____ via _____ n. _____
 nell'ambito dell'accertamento medico legale dell'idoneità psicofisica al conseguimento/convalida della patente
 nautica _____

DICHIARA

in relazione agli stati patologici (e/o condizioni) di seguito elencati, che:

	SI	NO
Sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio (pressione alta anche se normalizzata dal trattamento, pregresso infarto, angina, pregresso intervento cardiocirurgico, aneurisma, aritmie, ecc.)? Se sì, indicare quali: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sussiste diabete (mellito)? Se sì, specificare di quale tipo: <input type="checkbox"/> Insulino-dipendente <input type="checkbox"/> NON Insulino-dipendente (trattato con dieta o ipoglicemizzanti orali)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sussistono altre patologie endocrine (ad es.: della tiroide, dei surreni, dell'ipofisi)? Se sì, indicare quali: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soffre (ha mai sofferto) di malattie neurologiche (ad es.: m. di Parkinson, emiparesi, ischemia cerebrale transitoria, sclerosi multipla, ecc.)? Se sì, indicare quali: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soffre (ha sofferto di) turbe o patologie psichiche (ad es.: ansia, depressione, allucinazioni, ecc.)? Se sì, indicare quali e in quale periodo ne ha sofferto: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È attualmente (è stato) in cura con tranquillanti, antidepressivi, barbiturici, sonniferi od altri farmaci psicotropi? Se sì, indicare quali, il periodo di riferimento e i dosaggi: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha avuto problemi relativi ad abuso di alcolici (ad es.: guida o comando in stato di ebbrezza, ricoveri ospedalieri, ecc.)? Se sì, specificare di quale tipo e quando: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha fatto uso di canapa indiana, ecstasy, eroina, cocaina, amfetamine, LSD o altre droghe? Se sì, specificare quando: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha subito un trauma cranico? Se sì, specificare quando: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soffre di epilessia o ha in passato manifestato crisi epilettiche (o convulsioni)? Se sì, specificare la data dell'ultima crisi e indicare la terapia eseguita: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SI	NO
Sussistono malattie del sangue? Se sì, specificare quali:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sussistono malattie dell'apparato uro-genitale (ad es.:insufficienza renale cronica)? Se sì, specificare quali:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assume (o ha assunto per più di una settimana nell'ultimo anno) altre medicine oltre a quelle già dichiarate? Se sì, indicare quali, il periodo di riferimento e i dosaggi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha problemi di vista non correggibili con lenti? Se sì, indicare quali:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Porta lenti a contatto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha problemi di udito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Porta protesi acustiche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dichiarazione del richiedente

Dichiaro sotto la mia personale responsabilità di aver fornito tutte le informazioni in mia conoscenza utili a definire il mio stato di salute, in particolare dichiaro di non fare abuso di alcolici, di sostanze stupefacenti o psicotrope e di non aver avuto crisi epilettiche negli ultimi due anni.

luogo e data

firma del richiedente

DICHIARAZIONE AI SENSI DELLA LEGGE SULLA PRIVACY

Ai sensi del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196, sono stato informato del fatto che i dati personali e quelli riguardanti le mie condizioni di salute, emersi a seguito della presente visita, tutelati dal segreto d'ufficio, saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge. Saranno trasmessi ai competenti uffici pubblici, a loro volta vincolati dall'obbligo del segreto d'ufficio, per gli adempimenti di competenza previsti dalla legge.

Il sottoscritto _____ (*) autorizza il personale della _____, se lo riterrà necessario, ad esaminare ed estrarre copia della documentazione sanitaria che lo riguarda, conservata presso strutture pubbliche. Inoltre _____ (*) autorizza l'inserimento dei dati personali e di quelli riguardanti le proprie condizioni di salute, emersi nel corso della presente visita, in una cartella clinica medico-legale, che potrà essere esaminata dal personale autorizzato, vincolato dall'obbligo del segreto d'ufficio a seguito di qualsiasi richiesta di benefici presentata a strutture del Servizio sanitario pubblico
(*) INDICARE "NON" IN CASO DI NEGATA AUTORIZZAZIONE.

Data Firma del dichiarante

luogo e data

firma del dichiarante (da firmare in presenza del medico)

Firma del medico ricevente l'atto