

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO ANAMNESTICO

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

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_  
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:

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:	SI NO <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)	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sussistono altre patologie endocrine (ad es.: della tiroide, dei surreni, dell'ipofisi) Se sì indicare quali:	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Soffre (ha mai sofferto) di malattie neurologiche (ed es.: m. di Parkinson emiparesi, ischemia cerebrale transitoria, sclerosi multipla, ecc.). Se sì indicare quali:	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Soffre (ha sofferto di) torbe o patologie psichiche (ad es.: ansia, depressione, allucinazioni, ecc.). Se sì indicare quali e in quale periodo ne ha sofferto:	SI NO <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:	SI NO <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:	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ha fatto uso di canapa indiana, ecstasy, eroina, cocaina, anfetamine, LSD o altre droghe. Se sì, specificare di quale tipo e quando:	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ha subito un trauma cranico. Se sì, specificare quando:	SI NO <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 indicane la terapia eseguita:	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sussistono malattie del sangue. Se sì, specificare quali:	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



Sussistono malattie dell'apparato uro-genitale (ed es.:insufficienza renale cronica). Se sì, specificare quali:	SI NO <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:	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ha problemi di vista non correggibili con lenti. Se si indicare quali:	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Porta lenti a contatto	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ha problemi di udito	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Porta protesi acustiche	SI NO <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.

Data e luogo, ..... Firma del richiedente .....

**DICHIARAZIONE AI SENSI DELLA LEGGE SULLA PRIVACY**

Ai sensi del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 195, 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 le 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 all'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 e luogo, ..... Firma del dichiarante .....  
(da firmare in presenza del medico)

Firma del medico che riceve l'atto .....