

**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 .....

nell'ambito dell'accertamento medico legale dell'idoneità psicofisica al

**conseguimento / convalida**          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 cardiocirurgo, aneurisma, aritmie, ecc.) Se si indicare quali:	<b>si</b>	<b>no</b>
Sussiste diabete (melito) Se si, specificare di quale tipo:      Insulino-dipendente NON Insulino dipendente              ( <i>trattato con dieta o ipoglicemizzanti orali</i> )	<b>si</b>	<b>no</b>
Sussistono altre patologie endocrine ( <i>ad es. : della tiroide, dei surreni, dell'ipofisi</i> ) Se si indicare quali:	<b>si</b>	<b>no</b>
Soffre (ha mai sofferto) di malattie neurologiche (ad es. m. di Parkinson, emiparesi, ischemia cerebrale transitoria, sclerosi multipla, ecc) Se si, specificare quali:	<b>si</b>	<b>no</b>
Soffre (ha sofferto di ) turbe o patologie psichiche (ad es. ansia, depressione, allucinazioni, ecc.) Se si, indicare quali e in quale periodo ne ha sofferto	<b>si</b>	<b>no</b>
E' attualmente (è stato) in cura con tranquillanti, antidepressivi, barbiturici, sonniferi od altri farmaci psicotropi Se si, indicare quali, il periodo di riferimento e i dosaggi:	<b>si</b>	<b>no</b>
Ha avuto problemi relativi ad abuso di alcolici (ad es. guida o comando in stato di ebbrezza, ricoveri ospedalieri, ecc.) Se si, specificare di quale tipo e quando:	<b>si</b>	<b>no</b>
Ha fatto uso di canapa indiana, ecstasy, eroina, cocaina, amfetamine, LSD o altre droghe Se si, specificare quando:	<b>si</b>	<b>no</b>
Ha subito un trauma cranico Se si, specificare quando:	<b>si</b>	<b>no</b>
Soffre di epilessia o ha In passato manifestato crisi epilettiche (o convulsioni) Se si. specificare la data dell'ultima crisi e indicare la terapia eseguita:	<b>si</b>	<b>no</b>

Sussistono malattie del sangue Se si, specificare quali:	<b>si</b>	<b>no</b>
Sussistono malattie dell'apparato uro-genitale ( <i>ad es. Insufficienza renale cronica</i> ) Se si, specificare quali:	<b>si</b>	<b>no</b>
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 e i dosaggi:	<b>si</b>	<b>no</b>
Ha problemi di vista non correggi bili con lenti Se si, indicare quali:	<b>si</b>	<b>no</b>
Porta lenti a contatto	<b>si</b>	<b>no</b>
Ha problemi di udito	<b>si</b>	<b>no</b>
Porta protesi acustiche	<b>si</b>	<b>no</b>

### 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

.....

Firma del richiedente

.....

### DICHIARAZIONE AI SENSI DELLA LEGGE SULLA PRIVACY

Ai sensi del Decreto Legislativo 3010612003, 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 .....

(da firmare in presenza del medico)

Firma del medico ricevente l'atto

.....