

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 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, aritmia, ecc...)	Sì	No
Se sì, indicare quali: _____		
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)	Sì	No
Sussistono altre patologie endocrine (ad esempio della tiroide, dei surreni, dell'ipofisi)	Sì	No
Se sì, indicare quali: _____		
Soffre (ha mai sofferto) di malattie neurologiche (ad esempio morbo di Parkinson, emiparesi, ischemia cerebrale transitoria, sclerosi multipla, ecc...)	Sì	No
Se sì, indicare quali: _____		
Soffre (ha mai sofferto) di turbe o patologie psichiche (ad esempio ansia, depressione, allucinazioni, ecc...)	Sì	No
Se sì, indicare quali e in quale periodo ne ha sofferto: _____		
È attualmente (è stato) in cura con tranquillanti, antidepressivi, barbiturici, sonniferi o altri farmaci psicotropi	Sì	No
Se sì indicare quali, il periodo di riferimento e i dosaggi: _____		
Ha avuto problemi relativo all'abuso di alcolici (ad esempio guida o comando in stato di ebbrezza, ricoveri ospedalieri ecc...)	Sì	No
Se sì, specificare di quale tipo e quando: _____		
Ha fatto uso di canapa indiana, ecstasy, eroina, cocaina, amfetamina, LSD o altre droghe	Sì	No
Se sì, specificare quando: _____		

Ha subito un trauma cranico	Sì	No
Se sì, specificare quando: _____		
Soffre di epilessia o ha in passato manifestato crisi epilettiche (o convulsioni)	Sì	No
Se sì, indicare la data dell'ultima crisi e indicare la terapia eseguita: _____		
Sussistono malattie dell'apparato uro-genitale (ad esempio insufficienza renale cronica)	Sì	No
Se sì, specificare quali: _____		
Assume (o ha assunto per più di una settimana nell'ultimo anno) altre medicine oltre a quelle già dichiarate	Sì	No
Se sì, specificare quali, il periodo di riferimento e i dosaggi: _____		
Ha problemi di vista non correggibili con lenti	Sì	No
Se sì, indicare quali: _____		
Porta lenti a contatto	Sì	No
Ha problemi di udito	Sì	No
Porta protesi acustiche	Sì	No

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 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 di ufficio, saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge. Saranno trasmesse 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 clinico 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 _____