

**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 \_\_\_\_\_

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 si, indicare quali:	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Sussiste diabete (mellito) se si, specificare di quale tipo: -Insulino-dipendente -NON Insulino-dipendente (trattato con dieta o ipoglicemizzanti orali)	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Sussistono altre patologie endocrine (ad es.: della tiroide, dei surreni, dell'ipofisi) 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, indicare quali:	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Soffre (ha mai 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 mai stato) in cura con tranquillanti, antidepressivi, barbiturici, sonniferi, o altri farmaci psicotropi? Se si, indicare quali:	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Ha avuto problemi relativi ad abuso di alcoolici ( ad es.. guida in stato di ebbrezza, ricoveri ospedalieri ecc.) Se si, indicare di quale tipo e quando:	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Ha fatto uso di canapa indiana, ecstasy, eroina, cocaina, anfetamine, 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 urogenitale (ad es. insufficienza renale cronica)? Se si, specificare quali:	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Assume (o ha assunto per più di una settimana nell'ultimo anno) medicine oltre a quelle già dichiarate? Se si, indicare il periodo di riferimento e i dosaggi:	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Ha problemi di vista non correggibili 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>

<b>Dichiarazione del richiedente</b> 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 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 esporre 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 .....