

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO ANAMNESTICO

\_\_\_\_\_ sottoscritt  
 nat\_ a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_)  
 residente a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_)  
 in via/piazza \_\_\_\_\_  
 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
Sussiste diabete(mellito) Se sì, specificare di quale tipo:	SI	NO
Sussistono altre patologie endocrine (ad es. della tiroide, del surreni, dell'ipofisi) Se sì, indicare quali:	SI	NO
Soffre (ha mai sofferto) di malattie neurologiche (ad es.: m. di Parkinson, emiparesi, ischemia cerebrale transitoria, sclerosi multipla, ecc.) Se sì, indicare quali:	SI	NO
Soffre (ha mai sofferto) di turbe e patologie psichiche (ad es.: ansia, depressione, allucinazioni, ecc.) Se sì, indicare quali e in quale periodo ne ha sofferto:	SI	NO
E' attualmente (è stato) in cura con tranquillanti, antidepressivi, barbiturici, sonniferi o altri farmaci psicotropi Se sì, indicare quali, il periodo di riferimento e i dosaggi:	SI	NO
Ha avuto problemi relativi ad abuso di alcolici (ad es.: gulda o comando in stato di ebbrezza, ricoveri ospedalieri, ecc.) Se sì, specificare di quale tipo e quando:	SI	NO
Ha subito un trauma cranico. Se sì, specificare quando:	SI	NO
Ha fatto uso di canapa indiana, ecstasy, eroina, cocaina, anfetamine, LSD, o altre droghe. Se sì, specificare quando:	SI	NO
Soffre di epilessia o ha in passato manifestato crisi epilettiche (o convulsioni) Se sì, specificare la data dell'ultima crisi e la terapia eseguita:	SI	NO
Sussistono malattie del sangue Se sì, specificare quali:	SI	NO
Sussistono malattie dell'apparato uro-genitale (ad es.: insufficienza renale cronica) Se sì, indicare quali:	SI	NO
Assume (o ha assunto per più di una settimana nell'ultimo anno) altre medicine oltre a quelle dichiarate Se sì, indicare quali, il periodo di riferimento e i dosaggi:	SI	NO
Ha problemi di vista non correggibili con lenti a contatto: Se sì, indicare quali:	SI	NO
Porta lenti a contatto	SI	NO
Ha problemi di udito	SI	NO
Porta protesi acustiche	SI	NO

Dichiarazione del richiedente Dichiero 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

Al sensi del Decreto Legislativo 30/06/2003, n.196, sono stato informato del fatto che i dati personali e quelli riguardanti la mia 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.....