

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO ANAMNESTICO
(da firmare in presenza del medico)

.../La sottoscritt.....
 nat... a prov./Stato
 il e residente a
 prov./Stato documento di riconoscimento
 n. rilasciato da
 nell'ambito dell'accertamento medico-legale dell'idoneità psicofisica al conseguimento/convalida della patente nautica di
 categoria per

DICHIARA
 in relazione agli stati patologici (e/o condizioni) di seguito elencati, che:

Sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio (pressione alta anche normalizzata da 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: <p align="center">insulino-dipendente NON insulino-dipendente (trattato con dieta o ipoglicemizzanti orali)</p>	SI	NO
Sussistono altre patologie endocrine (della tiroide, dei surreni, dell'ipofisi, ecc.). Se sì, indicare quali:	SI	NO
Soffre (ha mai sofferto) di malattie neurologiche (morbo di Parkinson, emiparesi, ischemia cerebrale transitoria, sclerosi multipla, ecc.). Se sì, indicare quali:	SI	NO
Soffre (ha sofferto di) disturbi o patologie psichiche (ansia, depressione, disturbo ossessivo-compulsivo, allucinazioni, ecc.). Se sì, indicare quali e quando 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 trattamento e i dosaggi:	SI	NO
Ha avuto problemi relativi ad abuso di alcolici (guida o comando di unità da diporto in stato di ebbrezza, ricoveri ospedalieri, ecc.). Se sì, specificare di quale tipo e quando	SI	NO
Ha fatto uso di canapa indiana, ecstasy, eroina, cocaina, amfetamine, LSD o altre droghe. Se sì, specificare quando:	SI	NO
Ha subito un trauma cranico. Se sì, specificare quando:	SI	NO
Soffre di epilessia o ha manifestato crisi epilettiche (o convulsioni). Se sì, specificare la data dell'ultima crisi e indicare la terapia eseguita:	SI	NO
Sussistono malattie del sangue. Se sì, specificare quali:	SI	NO
Sussistono malattie dell'apparato uro-genitale (insufficienza renale cronica, ecc.). Se sì, specificare quali:	SI	NO
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 trattamento e i dosaggi:	SI	NO
Ha problemi di vista non correggibili con lenti. 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

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi contenenti dati non più rispondenti a verità, dichiara sotto la sua personale responsabilità di aver fornito tutte le informazioni in sua conoscenza utili a definire il proprio stato di salute. In particolare dichiara di non fare abuso di alcolici, e/o di sostanze stupefacenti o psicotrope, e di non aver avuto crisi epilettiche negli ultimi due anni.

Luogo e data Firma del richiedente

DICHIARAZIONE AI SENSI DELLA LEGGE SULLA PRIVACY

Ai sensi del d.lgs. 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 d'ufficio, saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge. I predetti dati 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 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.

....., lì Firma del dichiarante
 (da firmare in presenza del medico)

Firma del medico ricevente l'atto