

Dichiarazione sostitutiva del Certificato Anamnestico

(da firmare in presenza del medico)

Di cui alla "Gazzetta Ufficiale" serie generale n. 220/20-9-2016

___ sottoscritt _____
nat ___ a _____ prov./Stato _____
il _____ e residente a _____
prov./Stato _____ doc. 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, aritmia, ecc.) Se si, indicare quali	si	no
Sussiste diabete (mellito); se si specificare quale tipo: - insulino dipendente - non insulino dipendente (trattato con dieta o ipoglicemizzanti orali)	si	no
Sussistono altre patologie endocrine (della tiroide, dei surreni, dell'ipofisi. Ecc) Se si indicare quali:	si	no
Soffre (ha mai sofferto) di malattie neurologiche (morbo di Parkinson, emiparesi, ischemia cerebrale transitoria, sclerosi multipla, ecc.) Se si indicare quali:	si	no
Soffre (ha sofferto) di disturbi o patologie psichiche (ansia, depressione, disturbo ossessivo-compulsivo, allucinazioni, ecc.) Se si 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 si 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 si specificare di quale tipo e quando:	si	no
Ha fatto uso di canapa indiana, ecstasy, eroina, cocaina, amfetamine, LSD o altre droghe: SE si specificare quando:	si	no

Ha subito un trauma cranico Se si specificare quando:	si	no
Soffre di epilessia o ha manifestato crisi epilettiche (o convulsioni) Se si specificare la data dell'ultima crisi e indicare la terapia eseguita:	si	no
Sussistono malattie del sangue Se si specificare quali:	si	no
Sussistono malattie dell'apparato uro-genitale (insufficienza renale cronica ecc.) Se si specificare quali:	si	no
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 trattamento e i dosaggi:	si	no
Ha problemi di vista non correggibili con lenti Se si indicare quali:	si	no
Porta lenti a contatto	si	no
Ha problemi di udito	si	no
Porta protesi acustiche	si	no

Dichiarazione del richiedente	
<p>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.</p>	
Luogo e data	Firma del richiedente

DICHIAZIONE AI SENSI DELLA LEGGE SULLA PRIVACY

Ai sensi del d. lgs. 30/6/2003, 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. I pendenti dati saranno trasmessi ai competenti uffici pubblici, a loro volta vincolati dal segreto di 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

_____, li _____

Firma del richiedente _____
(da firmare in presenza del medico)

Firma del medico ricevente l'atto _____