

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

\_\_\_ 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 di categoria .... per .....

**DICHIARA:**

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

Sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio ( <i>pressione alta anche se normalizzata dal trattamento, pregresso infarto, angina, pregresso intervento cardiocirurgico, aneurisma, aritmie ecc.</i> ) Se sì, indicare quali:	Si	No
Sussiste diabete (mellito). Se sì, specificare di quale tipo: <input type="checkbox"/> insulinodipendente <input type="checkbox"/> non insulinodipendente (trattato con dieta o ipoglicemizzanti orali)	Si	No
Sussistono altre patologie endocrine ( <i>ad es. della tiroide, dei surreni, dell'ipofisi</i> ). Se sì, indicare quali:	Si	No
Soffre (ha mai sofferto) di malattie neurologiche ( <i>ad es.: m. di Parkinson, emiparesi, ischemia cerebrale transitoria, sclerosi multipla, ecc.</i> ). Se sì, indicare quali:	Si	No
Soffre (ha mai sofferto) di turbe e patologie psichiche ( <i>ad es.: ansia, depressione, allucinazioni, ecc.</i> ). 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 ( <i>ad es.: guida o comando di unità da diporto in stato di ebbrezza, ricoveri ospedalieri, ecc.</i> ). 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 ( <i>ad es.: insufficienza renale cronica</i> ). 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

Azienda Socio Sanitaria Territoriale Monza

sede legale

20900 Monza MB - Via G. Pergolesi, 33 - Tel. 039.233.1 Fax 039.233.9775 - [www.asst-monza.it](http://www.asst-monza.it) P.IVA 09314290967 C.F. 09314290967

annesso 2 del Decreto MIT 02 agosto 2016, n. 182

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. Dichiaro sotto la mia personale responsabilità di aver fornito tutte le informazioni in mia conoscenza utili a definire il proprio stato di salute. In particolare dichiaro di non fare abuso di alcolici, e/o 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 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.....

Firma del medico ricevente l'atto.....

(da firmare in presenza del medico)