

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

Il/La sottoscritto/a

nato/a a prov. il/...../.....

residente in via n. C.A.P.....

Codice Fiscale telefono n.

nell'ambito dell'accertamento medico legale dell'idoneità psicofisica a:

conferma patente di guida dei veicoli di cui alla categoria (specificare)

convalida **conseguimento** patente nautica di cui alla categoria (specificare)

D I C H I A R A

in relazione agli stati patologici di seguito elencati, che:

(barrare Sì o No)

Sussistono (soffre di) patologie dell'apparato cardiocircolatorio? (Es.: pressione alta anche se normalizzata dal trattamento, pregresso infarto, angina, pregresso intervento cardiocirurgico, aneurisma, aritmie) Se sì, indicare quali:	Sì	No
Sussistono (soffre di) malattie dell'apparato respiratorio? Se sì, indicare quali:	Sì	No
Sindrome delle apnee notturne <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no O2 terapia in atto <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no		
Soffre di diabete mellito? Se sì specificare se: <input type="checkbox"/> Insulinodipendente <input type="checkbox"/> Non insulinodipendente (trattato con dieta o ipoglicemizzanti orali)	Sì	No
Sussistono (soffre di) patologie endocrine? (es.: della tiroide, dei surreni, dell'ipofisi, ecc.) Se sì, indicare quali:	Sì	No
Sussistono (soffre o ha mai sofferto di) malattie neurologiche? (es. morbo di Parkinson, emiparesi, ischemia cerebrale transitoria, sclerosi multipla, ecc.) Se sì, indicare quali:	Sì	No
Sussistono (soffre di) o ha mai sofferto di turbe o patologie psichiche? (es. ansia, depressione, allucinazioni, ecc.) Se sì, indicare quali ed in quale periodo ne ha sofferto:	Sì	No
E' attualmente o è mai stato in passato in cura con tranquillanti, antidepressivi, barbiturici, sonniferi od altri farmaci psicotropi? (Fa uso di sostanze psicoattive? – questa domanda comprende anche le successive) Se sì, indicare quali, il periodo di riferimento ed i dosaggi:	Sì	No
Ha mai avuto sospensioni della patente per uso di alcolici? (ad es. guida o comando in stato di ebbrezza, ricoveri ospedalieri, ecc.)	Sì	No
Ha mai avuto problemi alcol-correlati?	Sì	No
Ha mai fatto uso di cannabis, eroina, cocaina, anfetamine, LSD od altre droghe? Se sì, specificare quando:	Sì	No
Ha mai subito un trauma cranico commotivo? Se sì, specificare quando:	Sì	No

GIRARE E COMPILARE LA PARTE SUL RETRO.
LA DICHIARAZIONE VIENE FIRMATA IN FONDO ALL'ALTRA PAGINA.

Sussiste (soffre di) EPILESSIA o ha mai manifestato crisi epilettiche o convulsioni ? Se sì, specificare la data dell'ultima crisi..... ed indicare la terapia seguita.....	Si	No
Negli ultimi 5 anni è mai stato coinvolto come guidatore in incidenti del traffico di qualsiasi tipo, anche se dovuti a responsabilità di altri? Se sì, specificare in quali date:	Si	No
Sussistono (soffre di) malattie del sangue ? Se sì, specificare quali:	Si	No
Sussistono malattie dell'apparato uro-genitale ? (Es.: Insufficienza renale cronica, ecc.) Se sì, specificare quali:	Si	No
Assume altre medicines oltre a quelle dichiarate? Se sì, indicare quali:	Si	No
Sussistono patologie visive ? Se sì, indicare quali:	Si	No
Sussistono patologie uditive ? Se sì, indicare quali:	Si	No
Usa lenti a contatto?	Si	No
Usa apparecchi acustici?	Si	No
Ha problemi a carico degli arti? (es.: amputazioni, protesi, anchilosi o gravi limitazioni articolari, ecc.) Se sì, indicare quali:	Si	No
E' stato/a riconosciuto/a invalido/a civile o del lavoro o di guerra o per servizio ? (Se sì specificare per quali patologie, in quale misura percentuale o Tabella)	Si	No

Dichiaro, sotto la mia responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 e di quanto stabilito dall'art. 75 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 in caso di dichiarazioni mendaci, di aver fornito tutte le informazioni in mia conoscenza utili a definire il mio stato di salute.

Sono consapevole che, in caso di dichiarazione mendace, verrà trasmessa segnalazione anche agli uffici provinciali del Dipartimento per i trasporti, la navigazione ed i sistemi informativi e statistici che emetteranno provvedimento di revisione della patente ai sensi dell'art. 128 del D.lgs. n. 285 del 30/04/1992, "Nuovo Codice della Strada", così come modificato dall'art. 9 del D.P.R. n. 575 del 19/04/1994 e dall'articolo 39 del Decreto Ministeriale 29 luglio 2008, n. 146 "Regolamento di attuazione dell'articolo 65 del decreto legislativo 18 luglio 2005, n. 171, recante il codice della nautica da diporto".

Data firma

Ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento europeo n. 2016/679 e norme attuative (Codice in materia di protezione dei dati personali), sono stato/a informato/a del fatto che i dati personali e quelli riguardanti le mie condizioni di salute, emersi a seguito della presente visita medica, tutelati dal segreto d'ufficio, saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche ad opera di personale autorizzato ed istruito da questa Azienda Sanitaria, 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.

Dichiaro di voler esercitare il diritto di opposizione all'inoltro all'Agenzia delle Entrate delle informazioni contabili relative alla spesa sanitaria da me sostenuta per questa visita medica, ai sensi del Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 31 luglio 2015 e della normativa in materia di protezione dei dati personali.

NO SI'

Data firma