

**S.C. Medicina Legale A.S.L. "Città di Torino"**  
**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO ANAMNESTICO**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

**Nell'ambito dell'accertamento medico-legale dell'idoneità psicofisica al conseguimento/convalida della patente nautica**  
**DICHIARA**

|   |    |    |
|---|----|----|
| Sussistono patologie dell'apparato cardiocircolatorio (pressione alta anche se normalizzata dal trattamento, pregresso infarto, angina, pregresso trattamento cardiocirurgico, aneurisma, aritmie, ecc...<br>Se sì, indicare quali. | SI | NO |
| Sussiste diabete (mellito). Se sì, specificare di quale tipo:<br>- Insulino - dipendente<br>- NON insulino - dipendente (trattato con dieta o ipoglicemizzanti orali)   | SI | NO |
| Sussistono altre patologie endocrine (ad es. della tiroide, dei surreni, dell'ipofisi)<br>Se sì, indicare quali.  | SI | NO |
| Soffre (o ha mai sofferto) di malattie neurologiche (ad es. m. di Parkinson, emiparesi, ischemia cerebrale transitoria, sclerosi multipla, ecc...)<br>Se sì indicare quali.   | SI | NO |
| Soffre (ha già sofferto) di patologie psichiche (ac. es. ansia, depressione, allucinazioni, ecc...)<br>Se sì, indicare quali e in quale periodo ne ha sofferto.   | SI | NO |
| È attualmente (è stato) in cura con tranquillanti, antidepressivi, barbiturici, sonniferi o altri farmaci psicotropi.<br>Se sì indicare quali, il periodo di cura e i dosaggi.  | SI | NO |
| Ha avuto problemi relativi ad abuso di alcolici (ad es. guida o comando in stato di ebbrezza, ricoveri ospedalieri per disintossicazione ecc...)<br>Se sì specificare di quale tipo e quando.                                       | SI | NO |
| Ha fatto uso di canapa indiana, extasy, eroina, cocaina, amfetamine, LDS, o altre droghe.<br>Se sì specificare quando   | SI | NO |
| Ha subito un trauma cranico,<br>se sì quando.   | SI | NO |
| Soffre di epilessia o ha in passato manifestato crisi epilettiche (o convulsioni).<br>Se sì, specificare la data dell'ultima crisi e indicare la terapia eseguita.  | SI | NO |
| Sussistono malattie del sangue.<br>Se sì, specificare quali.  | SI | NO |
| Sussistono malattie dell'apparato uro-genitale (ad es. insufficienza renale cronica, pregresso trapianto renale).<br>Se sì, specificare quali.  | SI | NO |
| Assume (o ha assunto per più di una settimana nell'ultimo anno) altre malattie oltre a quelle già dichiarate.<br>Se sì, indicare quali, il periodo di riferimento, e i dosaggi.   | SI | NO |
| Ha problemi di vista correggibili con lenti.<br>Se sì, indicare quali.  | SI | NO |
| Porta lenti a contatto.   | SI | NO |
| Ha problemi di udito.   | SI | NO |
| Porta protesi acustiche.  | SI | NO |

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

**DICHIARAZIONE DEL RICHIEDENTE**

Dichiaro 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**

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 saranno 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 dell'ASL "Città di Torino" e la Capitaneria di Porto, 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 richiedente \_\_\_\_\_

(da firmare in presenza del medico)

Ritirato il \_\_\_\_\_

Firma del medico richiedente l'atto \_\_\_\_\_