



Ministero della Salute

UFFICIO DI SANITA' MARITTIMA AEREA E DI FRONTIERA NAPOLI - UNITA' TERRITORIALE DI NAPOLI PORTO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO ANAMNESTICO

Il/La sottoscritto/a _____ nato a _____
 Il ___/___/___ e residente in _____ CAP _____ via _____
 Codice Fiscale _____ Documento di riconoscimento _____
 n. _____ rilasciato da _____ il _____
 GRUPPO SANGUIGNO E FATTORE _____ (per le sole visite di immatricolazione) TEL. _____

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

IMMATRICOLAZIONE GENTE DI MARE [] Conseguimento/convalida **PATENTE NAUTICA**
 [] conseguimento/convalida **PATENTE AUTO** [] altro **SPECIFICARE** _____

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 cardio-chirurgico, aneurisma, aritmie, ecc</i>). Se si, indicare quali:	SI	NO
Sussiste DIABETE (mellito) Se si specificare di quale tipo: <input type="checkbox"/> Insulino-dipendente <input type="checkbox"/> NON insulino dipendente	SI	NO
Sussistono altre patologie endocrine (<i>ad esempio: della tiroide, dei surreni, dell'ipofisi</i>) Se si, indicare quali:	SI	NO
Soffre (ha mai sofferto) di malattie neurologiche (<i>ad esempio: epilessia, m. di Parkinson, emiparesi, ischemia cerebrale transitoria</i>) e/o di turbe o patologie psichiche (<i>ad esempio: ansia, depressione, allucinazioni, ecc</i>). Se si, indicare quali e in quale periodo ne ha sofferto:	SI	NO
E' attualmente (è stato in cura con tranquillanti, antidepressivi, barbiturici, sonniferi od altri farmaci psicotropi). Se si, indicare quali, il periodo di riferimento e i dosaggi:	SI	NO
Ha avuto problemi relativi ad abuso di alcool	SI	NO
Ha fatto uso di canapa indiana, ecstasy, eroina, cocaina, anfetamine, LSD o altre droghe	SI	NO
Ha mai subito trauma cranico o fratture ossee	SI	NO
Ha mai avuto interventi chirurgici Se si, indicare quali: _____	SI	NO
Sussistono malattie del sangue Se si, indicare quali	SI	NO
Sussistono malattie dell'apparato uro-genitale (<i>ad esempio insufficienza renale cronica</i>) Se si specificare quali	SI	NO
Assume (o ha assunto per più di una settimana nell'ultimo anno) farmaci Se si, indicare quali, il periodo di assunzione e i dosaggi	SI	NO
Ha problemi di allergia Se si, indicare quali:	SI	NO
Porta occhiali da vista e/o lenti a contatto	SI	NO
Ha problemi di udito Se si, indicare <input type="checkbox"/> Porta protesi acustiche <input type="checkbox"/> NON porta protesi acustiche	SI	NO

Ulteriori quesiti per chi deve vaccinarsi :

E' già stato/a vaccinato/a in precedenza per la stessa malattia Se si indicare la data della precedente vaccinazione _____	SI	NO
E' stato/a vaccinato/a per altre malattie nell'ultimo mese Se si indicare quali malattie:	SI	NO
E' in gravidanza	SI	NO

DICHIARAZIONE DEL RICHIEDENTE

Dichiaro sotto la mia responsabilità di aver fornito tutte le informazioni in mia conoscenza utili a definire il mio stato di salute, in particolare dichiaro di non essere stato giudicato **NON IDONEO** in alcuna visita medica precedente, di **non** fare abuso di alcolici, di sostanze stupefacenti o psicotrope e di non aver avuto crisi epilettiche negli ultimi due anni.

Firma del richiedente _____

Data _____

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, emerse a seguito della presenta 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 U.T. Napoli, se lo riterrà necessario, ad esaminare ed estrarre copia **non autorizza** 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, **non autorizza** 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.

Data _____

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

Firma del Medico ricevente l'atto _____

In caso di soggetti minorenni inserire i dati di un genitore o di chi ne ha la tutela legale o di un delegato:

Cognome _____ Nome _____ nato a _____ il _____

Documento di riconoscimento:

 Carta di identità Patente Automobilistica Altro _____

n. _____ rilasciato il _____ da _____ scadenza _____

AVVERTENZE IMPORTANTI:

- L'AMMINISTRAZIONE SI RISERVA DI CONTROLLARE LA VERIDICITA' DELLE DICHIARAZIONI RESE (ART. 71 D.P.R. 445/2000).

- I DATI FORNITI DAL DICHIARANTE SARANNO UTILIZZATI SOLO AI FINI DEL PROCEDIMENTO RICHiesto (ART.10 LEGGE 31.12.1996, 675).