

AII. 2**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO ANAMNESTICO**

(da firmare in presenza del medico e da allegare al certificato medico)

Il/la sottoscritto/a

nato a il

residente a

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

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

Sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio (pressione alta anche se normalizzata dal trattamento, pregresso infarto, angina, pregresso intervento cardiocirurgico, aneurisma, aritmie, ecc.).Se si, quali	SI	NO
Sussiste diabete (mellito) Se si, specificare di quale tipo: Insulino – dipendente - NON Insulino – dipendente	SI	NO
Sussistono altre patologie endocrine (ad es.: della tiroide, dei surreni, dell'ipofisi). Se si, quali:	SI	NO
Soffre (ha mai sofferto) di malattie neurologiche (ad es.: m. di Parkinson, emiparesi, ischemia cerebrale, sclerosi multipla, ecc.). Se si quali	SI	NO
Soffre di turbe o patologie psichiche (ad es.: ansia, depressione, allucinazioni, ecc.). Se si quali	SI	NO
Fa uso di sostanze psicoattive (droghe, alcol, farmaci) Se si quali	SI	NO
Sussistono malattie del sangue. Se si, quali	SI	NO
Sussistono malattie dell'apparato uro-genitale (ad es.: insufficienza renale cronica) Se si, quali	SI	NO
Soffre della sindrome delle apnee ostruttive nel sonno	SI	NO
Ha problemi di vista non correggibili con lenti od ipoacusia. Se si quali	SI	NO
Sussistono altre patologie. Se si quali	SI	NO
E' invalido civile o del lavoro o di guerra o per servizio	SI	NO

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

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.

Data

Firma del dichiarante