**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO ANAMNESTICO**

Il/La sottoscritto/a

Nato/a a il

Residente

nell’ambito dell’accertamento medico legale

CONSAPEVOLE CHE, ai sensi dell’art. 76, comma 1, D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dallo stesso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia,

**DICHIARA**

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

(Barrare **Si** o **NO**)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sussistono **patologie dell’apparato cardio-circolatorio**? (*pressione alta anche se normalizzata dal trattamento, pregresso infarto, angina, pregresso intervento cardiochirurgico, aneurisma, aritmie, ecc.*).  Se sì, **INDICARE QUALI**: | **SI** | **NO** |
| Sussistono **patologie dell’apparato respiratorio**? (*BPCO, insufficienza respiratoria, allergie, OSAS).*  Se sì, **INDICARE QUALI**: | **SI** | **NO** |
| Sussistono patologie di **russamento rumoroso e abituale**?  Se si da quanto tempo? Si addormenta frequentemente durante il giorno?SI NO | **SI** | **NO** |
| Sussiste la **sindrome delle apnee notturne**?  Se si, utilizza un dispositivo CPAP? SI (da quando e per quante ore al giorno?) NO | SI | NO |
| Sussistono **patologie dell’apparato respiratorio**? (insufficienza respiratoria cronica, enfisema polmonare, fibrosi polmonare, ecc…)  Se si specificare quali e da quando: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | SI | NO |
| Sussiste **diabete** (mellito)?  Se sì, **SPECIFICARE** di **quale tipo**:   * Insulino-trattato * NON Insulino-trattato (trattato con dieta o ipoglicemizzanti orali) | SI | NO |
| Sussistono altre **patologie endocrine**? (*ad es.: della tiroide, dei surreni, dell’ipofisi*).  Se sì, **INDICARE QUALI**: | SI | NO |
| Soffre di **epilessia** o ha in passato manifestato **crisi epilettiche** (o convulsioni) Se sì, **SPECIFICARE** la data quando si è manifestata l’ultima:  Se sì, indicare la terapia eseguita: | SI | NO |
| Soffre o ha mai sofferto **patologie neurologiche** (ad. es. decadimento cognitive, pregresso ictus, pregressa ischemia cerebrale transitoria, emiparesi, morbo di Parkinson, sclerosi multipla, miastenia grave, neuropatia degli arti, narcolessia, ecc…) | SI | NO |
| E’, o è mai stato in cura presso un **SERT** (servizio per le tossicodipendenze), un **NOA** (es. Nucleo Operativo Alcologico, Servizio di Alcologia) o una comunità Terapeutica.  Se si fino a quando\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | SI | NO |
| Soffre o ha mai sofferto di **malattie del sangue o del fegato** (es. anemia, leucemia, policitemia, piastrinopenia, oppure epatite, cirrose epatica ecc..) | SI | NO |
| Soffre (ha sofferto di) **turbe o patologie psichiche**? (*ad es.: ansia, depressione, ecc.*). Se sì, **INDICARE QUALI e in che periodo ne ha sofferto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | SI | NO |
| E’ **portatore di trapianto d’organo** (es.: trapianto di rene, di fegato, ecc..)  Se si specificare quale:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | SI | NO |
| E’ attualmente (è stato) in cura con tranquillanti, antidepressivi, barbiturici, sonniferi od altri farmaci psicotropi?  Se sì, **INDICARE QUALI, in che periodo e a quali dosaggi**: | SI | NO |
| E’ in possesso di **esenzione ticket** di qualunque natura? | SI | NO |
| Ha avuto problemi relativi ad **abuso di alcolici**? Se sì, **SPECIFICARE di che tipo e quando**: | SI | NO |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ha fatto uso di canapa indiana, ecstasy, eroina, cocaina, amfetamine, LSD od altri stupefacenti?  Se sì, SPECIFICARE quando: | **SI** | **NO** |
| Ha subito un **trauma cranico**?  Se sì, **SPECIFICARE quando**: | **SI** | **NO** |
| Sussistono **malattie infettive**? *(Ad es Epatite, HIV)*  Se sì, **INDICARE QUALI e in che periodo ne ha sofferto** | **SI** | **NO** |
| Sussistono **malattie del sangue**?  Se sì, SPECIFICARE quali: | **SI** | **NO** |
| Sussistono **malattie dell’apparato uro-genitale**? *(Ad es. Insufficienza renale cronica)*  **Se sì, SPECIFICARE quali:** | **SI** | **NO** |
| Assume (o ha assunto per più di una settimana nell’ ultimo anno) altre **medicine** oltre a quelle già dichiarate?  Se sì, **INDICARE QUALI, in che periodo ed a quali dosaggi**: | **SI** | **NO** |
| Ha **problemi di vista**? Se sì, **INDICARE QUALI**: | **SI** | **NO** |
| Porta **lenti a contatto**? | **SI** | **NO** |
| Ha **problemi di udito**? | **SI** | **NO** |
| Porta **protesi acustiche**? | **SI** | **NO** |
| Sussistono **patologie ortopediche**? Se sì, **INDICARE QUALI** | **SI** | **NO** |
| E’ riconosciuto **invalido civile**? Se sì, **INDICARE PER QUALE PATOLOGIA E CON QUALE PERCENTUALE** | **SI** | **NO** |
| Negli ultimi 5 anni è stato coinvolto come guidatore in **incidenti stradali** di qualsiasi tipo, anche se dovuti a responsabilità di altri. Se sì, SPECIFICARE in quali date: | **SI** | **NO** |
| Altro: |  |  |



Informazioni ai sensi dell’art. 13 del Reg. UE 2016/679 e del D. Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii.

Dichiaro di aver letto e compreso l’informativa sul trattamento dei dati personali, ai sensi dell’art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679, consultabile nella sezione Privacy del sito web istituzionale e affissa nei locali aziendali.

Luogo e Data Firma del dichiarante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(da firmare in presenza del Medico)**

Timbro e Firma del Medico ricevente l’atto