



## DICHIARAZIONE ANAMNESTICA PER L'ACCERTAMENTO DELL'IDONEITA' PER SVOLGERE L'ATTIVITA' di "GENTE di MARE"

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_,  
recapito telefonico \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ di professione \_\_\_\_\_

per l'accertamento dell'idoneità psicofisica per svolgere l'attività di GENTE DI MARE \_\_ Categoria ai sensi del R.D.L. n.1773 del 14 dicembre 1933 convertito dalla legge n.244 del 22 gennaio 1934 e s.m.i., dichiara, in relazione agli stati patologici di seguito elencati, che:

- sussistono patologie dell'apparato cardiocircolatorio? Sì No

Se sì, quali: \_\_\_\_\_

- è affetto da aneurismi o varici? Sì No

- è affetto da patologie veneree e sifilitiche? Sì No

- ha cicatrici, fistole, ulcerazioni croniche o seni fistolosi? Sì No

Se sì dove: \_\_\_\_\_

- ha congiuntiviti croniche? Sì No

- è affetto da ernie viscerali? Sì No

Se sì dove: \_\_\_\_\_

- sussistono patologie endocrine? Sì No

Se sì quali: \_\_\_\_\_

- sussistono turbe e/o patologie psichiatriche? Sì No

Se sì quali: \_\_\_\_\_

- sussistono patologie neurologiche? Sì No

Se sì quali: \_\_\_\_\_

- sussistono patologie muscolari? (ernie, rotture, contratture, rotture, aderenze)? Sì No

- fa uso di sostanze psicoattive Sì No

- ha fatto uso di canapa indiana, ecstasy, eroina, cocaina, anfetamine, LSD o altre droghe.

Se sì, specificare quando: \_\_\_\_\_ Sì No

- soffre di epilessia o ha manifestato crisi epilettiche o assume farmaci per l'epilessia Sì No

- sussistono malattie del sangue? Sì No

Se sì quali: \_\_\_\_\_

- sussistono malattie dell'apparato uro-genitale? Sì No

Se sì quali: \_\_\_\_\_

- sussistono malattie neoplastiche? Sì No

Se sì quali: \_\_\_\_\_

- sussistono malattie dell'orecchio esterno? Sì No

- sussistono malattie reumatiche? Sì No

Se sì quali: \_\_\_\_\_

- è affetto da gola lupina, ozena, ipertrofia cronica delle tonsille, o disturbi della respirazione? Sì No

- è affetto da gozzo? Sì No

- sussistono malattie a carico dei denti? Sì No

Se sì quali: \_\_\_\_\_

- è affetto da asma? Sì No

- sussistono malattie a carico dei testicoli (assenza di sviluppo, ritardo, infantilismo sessuale) o varicocele? Se sì quali: \_\_\_\_\_ Sì No

- sussistono invalidità già riconosciute o in corso di riconoscimento Sì No

- fa uso di lenti a contatto e/o protesi acustiche Sì No

- Sussistono patologie dell'apparato sistema nervoso centrale/periferico (ad es. Parkinson, SLA, Sclerosi Multipla, Poliomielite). Sì No

Se sì, indicare quali: \_\_\_\_\_

- È attualmente o lo è stato in cura con tranquillanti, antidepressivi, barbiturici, sonniferi o altri farmaci psicotropi. Sì No

Se sì, indicare quali, il periodo di riferimento e i dosaggi: \_\_\_\_\_

- Ha avuto problemi relativi ad abuso di alcolici (ad es. guida o comando in stato di ebbrezza, ricoveri ospedalieri, ecc.). Sì No

Se sì, specificare di quale tipo e quando: \_\_\_\_\_

- Ha mai avuto la patente sospesa per violazione degli articoli 187 del Codice della Strada. Se sì specificare: \_\_\_\_\_ Sì No

**Ha riferito con fedeltà tutte le imperfezioni e le malattie di cui ha sofferto e/o in atto e ha ben compreso il significato di tutte le patologie citate.**

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'interessato \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE AI SENSI DELLA LEGGE SULLA PRIVACY

Ai sensi del D.Lgs. 30/06/03 n. 196 vengo informato del fatto che i dati personali e riguardanti le mie condizioni di salute emersi a seguito della presente visita, tutelati dal segreto d'Ufficio, saranno archiviati, per disposizioni di Legge e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche.

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/La sottoscritto/a per proprio conto \_\_\_\_ (\*)

Il/la sottoscritta/a quale esercente la potestà genitoriale sul minore \_\_\_\_(\*)

autorizza il dott. \_\_\_\_\_, se lo riterrà necessario, ad esaminare ed estrarre copia della documentazione sanitaria che lo riguarda, conservata presso il proprio studio privato.

Inoltre \_\_\_\_(\*) autorizza l'inserimento dei dati personali e riguardanti le proprie condizioni di salute nel corso della presente visita in una cartella clinica medico-legale che sarà esaminata dal personale autorizzato e vincolato dall'obbligo del segreto d'Ufficio ad ogni richiesta di benefici di qualsiasi natura presentata allo studio privato del medico ricevente l'atto.

(\*) INDICARE "NON" IN CASO di NEGATA AUTORIZZAZIONE.

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'interessato \_\_\_\_\_  
(da firmare in presenza del Medico)

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