



DICHIARAZIONE DA FIRMARE IN PRESENZA DEL MEDICO ESAMINATORE

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

nell'ambito dell'accertamento medico legale ai fini della idoneità psicofisica:

- Assunzione nella Pubblica Amministrazione, in qualità di _____
 Cessione del quinto P.A. Cessione TFR Anticipo liquidazione cure odontoiatriche
 Addetto Vendita generi di monopolio e privata

Concorso:

- Notaio Dirigente medico Giudice di pace Giudice onorario _____

DICHIARA

in relazione agli stati patologici di seguito elencati, che:

- sussistono infermità di cui all'allegato A DPR 834/1981 SI-NO

(Se si specificare quali) _____

- è portatore di protesi articolari SI-NO

- sussiste diabete (Se si specificare tipo) _____ SI-NO

- sussistono altre patologie endocrine SI-NO

- sussistono turbe e/o patologie psichiatriche SI-NO

- fa uso di sostanze psicoattive SI-NO

- soffre di epilessia e/o ha manifestato crisi epilettiche e/o assume farmaci per l'epilessia
SI-NO

- sussistono malattie dell'apparato urogenitale o effettua dialisi SI-NO

- sussistono invalidità già riconosciute o in corso di riconoscimento SI-NO

Se si specificare quali) _____

- percepisce assegno ordinario di invalidità o pensione di inabilità in quanto affetto da capacità lavorativa ridotta a meno di 1/3 in attività confacenti le proprie attitudini SI-NO

- ha avuto la patente sospesa ai sensi art. 186 e/o 187 CdS SI-NO

- è portatore di protesi acustiche SI-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 _____ (*) 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 _____