

**Certificato anamnestico da compilare a cura del medico curante
ai sensi dell'art. 25 della legge 23 dicembre 1978, n. 833**

Si certificano i seguenti dati anamnestici relativi a:

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ (____) il ___/___/___ residente in _____

Via/Piazza _____ n. ___ Tel. _____ Tipo documento _____

Numero _____ rilasciata da _____ in data _____

(barrare la voce interessata)

Sussistono patologie dell'apparato cardiocircolatorio NO SI

Se SI quali? _____

Sussiste diabete? NO SI

Se SI specificare trattamento _____

Sussistono patologie della tiroide/surreni/pancreas/ ipofisi NO SI

Se SI quali? _____

Sussistono turbe e/o patologie psichiche già note NO SI

Se SI quali? _____

Soffre di patologie neurologiche? NO SI

Se SI quali? _____

Ha mai avuto crisi epilettiche (o convulsioni)? NO SI

Se SI indicare la data dell'ultima crisi e la terapia eseguita _____

Assume o ha assunto farmaci psicotropi (ad. es. antidepressivi, tranquillanti, barbiturici, altro)? NO SI

Se SI quali? _____

Fa uso o ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti? NO SI

Se SI di che tipo? _____

Sussistono malattie del sangue? NO SI

Se SI quali? _____

Sussistono dell'apparato urogenitale? NO SI

Se SI quali? _____

Sussistono malattie e/o alterazioni dell'apparato visivo che comportino l'uso di occhiali da vista

o lenti a contatto? NO SI

Se SI quali? _____

Elencare eventuali condizioni morbose pregresse: _____

Il/La sottoscritto/a afferma di aver fornito al proprio medico dichiarazione veritiera in merito ai dati anamnestici di cui sopra, consapevole delle sanzioni a cui va incontro in caso di infedele dichiarazione.

Firma dell'interessato/a

Firma del Medico di fiducia e codice regionale
(Nome e Cognome, timbro)

Luogo e data, _____