DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO ANAMNESTICO
(da firmare in presenza del medico)

.... sottoscritt.... ....

nat.... a .... prov./Stato .....

il ..... e residente a ....

prov./Stato ..... documento di riconoscimento .....

n. ... . rilasciato da .....

nell'ambito dell'accertamento medico-legale dell'idoneità psicofisica al

conseguimento/convalida della patente nautica di categoria ..... per .....

... .

DICHIARA

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

Sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio (*pressione alta anche normalizzata da trattamento, pregresso infarto, angina, pregresso intervento cardiochirurgico, aneurisma, aritmie, ecc.*) Se sì, indicare quali	SI	NO
Sussiste diabete (mellito) Se sì, specificare di quale tipo. insulino-dipendente NON insulino-dipendente (trattato con dieta o ipoglicemizzanti orali)	SI	NO
Sussistono altre patologie endocrine (*della tiroide, dei surreni, dell'ipofisi, ecc.*) Se sì, indicare quali:	SI	NO
Soffre (ha mai sofferto) di malattie neurologiche (*morbo di Parkinson, emiparesi ischemia cerebrale transitoria, sclerosi multipla ecc*) Se sì, indicare quali	SI	NO
Soffre (ha sofferto di) disturbi o patologie psichiche (*ansia, depressione, disturbo ossessivo-compulsivo, allucinazioni, ecc.*) Se sì, indicare quali e quando ne ha sofferto	SI	NO
È attualmente (è stato) in cura con tranquillanti, antidepressivi, barbiturici, sonniferi o altri farmaci psicotropi Se sì, indicare quali, il periodo di trattamento e i dosaggi	SI	NO
Ha avuto problemi relativi ad abuso di alcolici (*guida o comando di unità da diporto in stato di ebbrezza, ricoveri ospedalieri, ecc.*). Se sì, specificare di quale tipo e quando	SI	NO