

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

Allegato B

Si certificano i seguenti dati anamnestici relativi a:

Cognome _____ Nome _____
nato/a a _____ (____) il ____/____/____ residente in _____ (____)
Via/Piazza _____ n. ____ Tel. _____ Tipo documento _____
Numero _____ Rilasciato da _____ in data _____

in relazione agli stati patologici e alle malattie di seguito riportate:

(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 malattie 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, _____