

**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 _____ Rilasciato 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? _____

Hai 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, _____