

Certificato anamnestico da compilare a cura del medico curante e dell'interessato di
cui all'art. 25 della legge 23 dicembre 1978, n. 833

Io sottoscritto _____
(Cognome) (Nome)

nato/a _____ (____) il ____/____/____
(Comune) (Provincia) (giorno/mese/anno)

residente in _____ (____)
(Comune) (Provincia)

Via/Piazza _____ n. _____ Tel. _____

DICHIARA

in relazione agli stati patologici presenti nel decreto ministeriale 30 giugno 2003, n. 198 e alle malattie di seguito elencate:

(barrare la voce interessata)

Sussistono patologie dell'apparato cardiocircolatorio NO SI
Se SI quali? _____

Sussiste diabete? NO SI

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? _____

Sussistono malattie del sangue? NO SI
Se SI quali? _____

Sussistono malattie dell'apparato urogenitale? NO SI
Se SI quali? _____

Altro _____

Elencare le altre malattie/infermità sofferte in passato dalla nascita ad oggi (malattie, interventi chirurgici, allergie, lesioni, traumi, fratture, ricoveri ospedalieri, etc) presenti nel decreto ministeriale 30 giugno 2003, n. 198:

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai fini medico-legali e la loro successiva trasmissione ai competenti organi del Dipartimento della Pubblica Sicurezza ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196.

Tipo documento _____ Numero _____

Rilasciato da _____ in data _____

Data, _____

Firma dell'interessato

Firma del Medico di fiducia e codice regionale
(Nome e Cognome in stampatello o timbro)