

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

Allegato 1

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 Se SI quali? _____	NO	SI
Sussiste diabete? Se SI specificare trattamento _____	NO	SI
Sussistono patologie della tiroide/surreni/pancreas/ipofisi? Se SI quali? _____	NO	SI
Sussistono turbe e/o patologie psichiche già note? Se SI quali? _____	NO	SI
Soffre di patologie neurologiche? Se SI quali? _____	NO	SI
Ha mai avuto crisi epilettiche (o convulsioni)? Se SI, indicare la data dell'ultima crisi e la terapia eseguita _____	NO	SI
Assume o ha assunto farmaci psicotropi (ad es. antidepressivi, tranquillanti, barbiturici, altro)? Se SI quali? _____	NO	SI
Fa uso o ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti Se SI di che tipo? _____	NO	SI
Sussistono malattie del sangue? Se SI quali? _____	NO	SI
Sussistono malattie dell'apparato urogenitale? Se SI quali? _____	NO	SI
Sussistono malattie e/o alterazioni dell'apparato visivo che comportino l'uso di occhiali da vista o lenti a contatto? Se SI quali? _____	NO	SI

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, _____