





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

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ (Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome)  
 nato/a \_\_\_\_\_ (Comune) \_\_\_\_\_ (Provincia) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (giorno/mese/anno)  
 residente in \_\_\_\_\_ (Comune) \_\_\_\_\_ (Provincia)  
 Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

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

(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:

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

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**

