

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

Si certificano i seguenti dati anamnestici relativi a:

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

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:

Il sottoscritto afferma di aver fornito al proprio medico dichiarazione veritiera in merito ai dati anamnestici di cui sopra, conscio delle sanzioni a cui va incontro in caso di infedele dichiarazione.

Firma dell'interessato

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

Luogo e data, _____

