

**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 \_\_\_\_\_

**in relazione agli stati patologici di cui al decreto ministeriale 30 giugno 2003, n. 198 e alle malattie di seguito riportate:**  
(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 le altre malattie/infermità eventualmente sofferte in passato dalla nascita ad oggi (malattie, interventi chirurgici, allergie, lesioni, traumi, fratture, ricoveri ospedalieri, etc.) ai sensi del decreto ministeriale 30 giugno 2003, n. 198:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**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, \_\_\_\_\_

