

ALL. 4

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

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(Cognome) (Nome)

Nato/a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Comune) (Provincia) (giorno/mese/anno)

residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
(Comune) (Provincia)

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**D I C H I A R A**

in relazione agli **stati patologici** di seguito elencati (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, ecc.)? 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? NO SI  
Se SI quali? \_\_\_\_\_

Sussistono malattie dell'apparato visivo? NO SI  
Se SI quali? \_\_\_\_\_

**Elencare altre malattie, interventi chirurgici, lesioni, traumi sofferti in passato non indicati nelle voci sopra riportate:**

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

Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Firma dell'interessato/a

\_\_\_\_\_

**Il Medico di fiducia**  
*(firma, timbro, codice regionale)*

\_\_\_\_\_

18E11500

