

**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? \_\_\_\_\_

Ha 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, \_\_\_\_\_

