

**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. \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

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? Se SI quali? _____	NO	SI
Sussistono malattie dell'apparato visivo? Se SI quali? _____	NO	SI

**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)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

