

**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 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.):**

\_\_\_\_\_

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

