DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO ANAMNESTICO
(da firmare in presenza del Medico)

il/la sottoscritto/a …… nato/a a …….

il .....I.....I……. residente in ……via ……
nell ' ambito dell 'accertamento medico legale dell' idoneità psicofisica al conseguimento / conferma (specificare) della

attività di volontario di Protezione Civile dell'Associazione Nazionale Alpini – Sezione Bolognese -Romagnola

D I C H I A RA

in relazione agli stati patologici di seguito elencati, che :

(barrare si o no)

Sussistono (soffre di) *patologie dell'apparato cardiocircolatorio* (Es.: pressione alta anche se normalizzata dal trattamento; pregresso infarto; angina; pregresso intervento cardiochirurgico; aneurisma; aritmie)? *Se sì*, INDICARE *QUALI:*	Si	No
Soffre di diabete mellito? *Se SI specificare se:* *Insulinodipendente*…… Trattato con dieta o ipoglicemizzanti orali ……..	Si	No
Sussistono (soffre di*) patologie endocrine* (es.: della tiroide, dei surreni, dell' ipofisi, ecc.)? *Se sì*, INDICARE *QUALI*:	Si	No
Soffre o ha mai sofferto di malattie neurologiche (es. m. di Parkinson, emiparesi, ischemia cerebrale transitoria, sclerosi multipla, ecc.)? Se sì, INDICARE QUALI:	Si	No
Sussistono (soffre di*)* o ha mai sofferto di *turbe o patologie psichiche* (es. ansia, depressione, allucinazioni, ecc.)? *Se sì*, INDICARE *QUALI* ed in che periodo ne ha sofferto:	Si	No
E' attualmente o è mai stato in passato in cura con tranquillanti, antidepressivi, barbiturici, sonniferi od altri farmaci psicotropi? (*Fa uso di sostanze psicoattive? – questa domanda comprende anche le due che seguono)* *Se sì*, INDICARE *QUALI*, in che periodo ed a quali dosaggi:	Si	No
Ha mai avuto sospensioni o revisione della patente per guida in stato di ebbrezza alcoolica? Ha mai avuto problemi relativi ad abuso di alcoolici? Se sì, specificare:	Si	No
Ha mai avuto sospensioni o revisione della patente per uso di stupefacenti? Ha mai fatto uso di canapa indiana, eroina, cocaina, anfetamine, LSD od altre droghe d' abuso? Se sì, specificare:	Si	No
Ha mai subito un trauma cranico? Se sì, specificare quando	Si	No

GIRARE E COMPILARE LA PARTE SUL RETRO; LA DICHIARAZIONE VIENE FIRMATA IN FONDO ALL' ALTRA PAGINA

Soffre di EPILESSIA o ha mai manifestato crisi epilettiche o convulsioni? *Se sì, specificare* la data dell' ultimo episodio *(quando si è manifestata l' ultima)* …….. Se sì, specificare la terapia seguita	Si	No
Negli ultimi 5 anni è mai stato coinvolto come guidatore in incidenti del traffico di qualsiasi tipo, anche se dovuti a responsabilità di altri? Se sì, specificare in quali date	Si	No
Sussistono (soffre di*)* malattie del sangue? *Se sì*, specificare *quali*:	Si	No
Sussistono (soffre di*)* *malattie dell' apparato uro-genitale?* (Es.: Insufficienza renale cronica, ecc.) *Se sì*, specificare *quali*:	Si	No
Prende medicine o ne ha prese per più di una settimana nell' ultimo anno? Se sì, INDICARE QUALI, in che periodo ed a quali dosaggi:	Si	No
Porta lenti a contatto?	Si	No
Ha problemi di udito?	Si	No
Porta protesi d' arto (anche parziali), tutori, ha amputazioni (anche parziali) o limitazioni funzionali a carico di uno o più arti? Se sì, SPECIFICARE:	Si	No
Porta protesi acustiche?	Si	No

DICHIARAZIONE AI SENSI DELLA LEGGE SULLA PRIVACY

Ai sensi vigente Codice per la Protezione dei Dati Personali vengo informato del fatto che i dati personali e riguardanti le mie condizioni di salute emersi a seguito della presente visita, tutelati dal segreto d' Ufficio, saranno archiviati, per disposizioni di Legge, e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche. Saranno trasmessi ai competenti uffici della Sezione Bolognese-Romagnola dell'Associazione Nazionale Alpini, a loro volta vincolati dall'obbligo del segreto d'ufficio, per gli adempimenti di competenza previsti dalla Legge.

Il sottoscritto autorizza l'inserimento dei dati personali e riguardanti le proprie condizioni di salute, emersi nel corso della presente visita, in una cartella clinica medico legale che sarà esaminata dal personale autorizzato e vincolato all'obbligo del segreto d'Ufficio e ad ogni richiesta di benefici di qualsiasi natura presentata a strutture del Servizio Sanitario pubblico o al fine di beneficiare delle coperture assicurative previste per l'attività di volontario di Protezione Civile.

Data …… firma ……