

ANNESSO 2

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

__ sottoscritt _____,
 nat__ a _____, il __/__/_____,
 provincia/Stato _____, cittadinanza _____,
 codice fiscale _____, residente a _____,
 provincia/Stato _____, documento di identità/riconoscimento
 _____ numero _____ rilasciato da _____
 nell'ambito dell'accertamento medico-legale di idoneità psichica e fisica al conseguimento/convalida della
 patente nautica di categoria __, tipo __,

DICHIARA

in relazione agli stati patologici e/o condizioni psicofisiche di seguito elencati, che:

Sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio. Se sì, indicare quali: _____ Acquisire e conservare il certificato rilasciato dallo specialista cardiologo¹.	SI	NO
Sussistono patologie dell'apparato respiratorio. Se sì, indicare quali: _____ Acquisire e conservare il certificato rilasciato dallo specialista pneumologo.	SI	NO
Sussiste diabete (mellito). Se sì, specificare di quale tipo: ☐ insulino-dipendente ☐ NON insulino-dipendente (trattato con dieta o ipoglicemizzanti orali). Acquisire e conservare il certificato rilasciato dallo specialista diabetologo.	SI	NO
Sussistono altre patologie endocrine. Se sì, indicare quali: _____ Acquisire e conservare il certificato rilasciato dallo specialista endocrinologo.	SI	NO
Soffre o ha sofferto di disturbi psicologici o di patologie psichiche (<i>ad es.: ansia, attacchi di panico, depressione, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo borderline, disturbo da stress post traumatico, psicosi, paranoia, schizofrenia, disturbo dello spettro autistico...</i>). Se sì, indicare quali e in quale periodo: _____ Acquisire e conservare il certificato rilasciato dallo specialista neurologo o psichiatra.	SI	NO
È o è stato in terapia con barbiturici, sonniferi, tranquillanti, correttori dell'umore, antidepressivi, ansiolitici, antipsicotici o altri farmaci ad effetto psicotropo. Se sì, indicare quali, il periodo di riferimento e la posologia: _____ Acquisire e conservare il certificato rilasciato dallo specialista neurologo o psichiatra.	SI	NO

¹ In tutte le voci, se esistente. Il medico accertatore o la commissione medica locale valuta l'eventuale ricorso a visita specialistica. In luogo dell'accertamento specialistico, può essere acquisito il referto di strutture ospedaliere pubbliche o medico-legale.



Ha o ha avuto problemi relativi ad abuso di alcolici (<i>ad.es.: guida o comando di unità da diporto in stato di ebbrezza, ricoveri ospedalieri, terapie di disintossicazione o di cura della dipendenza...</i>). Se sì, specificare di quale tipo e quando: _____	SI	NO
Acquisire e conservare la relativa documentazione sanitaria.		
Fa uso di derivati della cannabis, ecstasy, eroina, cocaina, [meta]amfetamine, LSD, MDM o altre sostanze stupefacenti o psicotrope. Segue percorsi di disintossicazione o di cura della dipendenza. Se sì, specificare di quale tipo e quando: _____	SI	NO
Acquisire e conservare la relativa documentazione sanitaria.		
Ha subito un trauma cranico. Se sì, specificare quando: _____ Eventuali accertamenti o terapie: _____	SI	NO
Acquisire e conservare il certificato rilasciato dallo specialista neurologo traumatologo.		
Soffre di epilessia o ha in passato manifestato crisi epilettiche o convulsioni. Se sì, specificare la data dell'ultima crisi e indicare la terapia eseguita: _____	SI	NO
Acquisire e conservare il certificato rilasciato dallo specialista neurologo o psichiatra.		
È soggetto con disturbi specifici dell'apprendimento (DSA)? Se sì, specificare la tipologia: _____	SI	NO
Acquisire e conservare copia del certificato di diagnosi di DSA.		
Sussistono malattie del sangue. Se sì, specificare quali: _____	SI	NO
Acquisire e conservare il certificato rilasciato dallo specialista ematologo.		
Sussistono malattie dell'apparato uro-genitale (<i>ad es. insufficienza renale cronica, tubolopatie, ...</i>) Se sì, specificare la gravità (LIEVE, MODERATA o GRAVE): _____	SI	NO
Acquisire e conservare il certificato rilasciato dallo specialista nefrologo o urologo.		
Sussistono o sono sussistite patologie oncologiche. Se sì quali: _____ Eventuale terapia pregressa o in atto: _____	SI	NO
Acquisire e conservare il certificato rilasciato dallo specialista oncologo.		
Assume o ha assunto per più di una settimana nell'ultimo anno altre medicine, oltre a quelle già dichiarate. Se sì, indicare quali, il periodo di riferimento e il dosaggio: _____	SI	NO
Ha problemi di vista non correggibili con lenti. Se sì, indicare quali: _____	SI	NO
Acquisire e conservare il certificato rilasciato dallo specialista oculista.		
Porta lenti a contatto di tipo _____	SI	NO
Ha problemi di udito.	SI	NO
Porta protesi acustiche di tipo _____	SI	NO



Dichiarazione del richiedente

Il richiedente, consapevole delle sanzioni penali e della perdita degli eventuali benefici previsti dagli articoli 75 e 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti informazioni non più corrispondenti a verità, dichiara sotto la sua personale responsabilità di aver fornito tutte le informazioni in sua conoscenza utili a definire il proprio stato di salute. In particolare, dichiara di non fare abuso di alcolici e di non assumere sostanze stupefacenti o psicotrope.

_____, li ____/____/____

Firma del richiedente

VISTA la sottoelencata documentazione, prodotta e acquisita agli atti:

- ☐ dichiarazione anamnestica, sottoscritta dall'interessato/a in mia presenza, ed eventuali allegati
- ☐ certificazione del costruttore attestante le caratteristiche tecniche e l'efficienza delle protesi acustiche utilizzate dall'interessato
- ☐ certificazione/i specialistica/che ⁽³⁾: _____

_____;

CONSIDERATO che l'interessato/a non presenta sintomi che rivelino abuso o stato di dipendenza da bevande alcoliche e/o consumo o stato di dipendenza da sostanze stupefacenti, psicotrope o che comunque alterino lo stato psico-fisico della persona

VERIFICATO che l'interessata/o:

PRESENTA obiettività clinica di malattie fisiche o psichiche in atto, e/o anomalie della conformazione o dello sviluppo somatico, e/o deficienze organiche o minorazioni anatomiche o funzionali, che possono pregiudicare la sicurezza della navigazione da diporto in relazione al tipo di patente nautica richiesta SI ☐ NO ☐

PRESENTA obiettività clinica e precedenti anamnestici, che propendono per la presenza di malattie progressive della vista, che richiedono accertamenti strumentali del campo visivo ⁽²⁾ SI ☐ NO ☐

PRESENTA, ai test clinici di screening, alterazioni richiedenti approfondimenti diagnostici specialistici:

- del senso cromatico ⁽²⁾ SI ☐ NO ☐
- della sensibilità al contrasto ⁽²⁾
- della sensibilità all'abbagliamento ⁽²⁾ SI ☐ NO ☐
- dei tempi di recupero dopo abbagliamento ⁽²⁾ SI ☐ NO ☐
- della visione crepuscolare ⁽²⁾ SI ☐ NO ☐

POSSIEDE acuità visiva in visione ⁽²⁾ Naturale ☐ Corretta ☐ Binoculare ☐ Monoculare ☐

OCCHIO DESTRO	0/10	LUCE	1/10	2/10	3/10	4/10	5/10	6/10	7/10	8/10	9/10	10/10
OCCHIO SINISTRO	0/10	LUCE	1/10	2/10	3/10	4/10	5/10	6/10	7/10	8/10	9/10	10/10

La condizione di vista monoculare è $\frac{\text{organica}}{\text{funzionale}}$ ⁽¹⁾ ed è posseduta da un periodo > a sei mesi, tale da aver consentito l'adattamento.



Percepisce la voce di conversazione a metri ☐ 2 ☐ 4 ☐ 8 a dx ed a metri ☐ 2 ☐ 4 ☐ 8 a sx

senza ⁽¹⁾ protesi monosaurale ⁽¹⁾ acustica.
con binaurale

Possiede tempi di reazione a stimoli, semplici e complessi luminosi e acustici, sufficientemente rapidi e regolari
(2) SI ☐ NO ☐

SI GIUDICA IL SIG./LA SIG.RA _____

IDONEO/A ☐

NON IDONEO/A ☐ ⁽¹⁾

per il conseguimento/la convalida della patente nautica di categoria ____, tipo ____, con le seguenti indicazioni ⁽²⁾:

☐ NESSUNA PRESCRIZIONE

☐ OBBLIGÒ LENTI

☐ OBBLIGO PROTESI ACUSTICA

VALIDITÀ DELLA PATENTE LIMITATA AD ANNI _____

ALTRE PRESCRIZIONI _____

LIMITAZIONI _____

ANNOTAZIONI _____

Data ____/____/____

Timbro e firma e del medico certificatore

(1) Cancellare la parte che non interessa

(2) Contrassegnare con X la voce (o le voci) di interesse

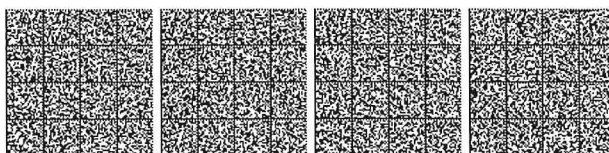
(3) Diabetologica, neurologica, oculistica, ecc.

OPPURE LA COMMISSIONE MEDICA LOCALE

Presidente _____

Membro _____

Membro _____



DICHIARAZIONE RELATIVA ALLA PROTEZIONE DELLE PERSONE FISICHE CON RIGUARDO
AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, NONCHÉ ALLA LIBERA CIRCOLAZIONE DI TALI DATI

Ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, come modificato dal decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, nonché del regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), sono stato informato del fatto che i dati personali e quelli riguardanti le mie condizioni di salute, emersi a seguito della presente visita, tutelati dal segreto d'ufficio, saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.

Il sottoscritto _____ (*) autorizza il personale de _____, in caso di necessità, ad esaminare ed estrarre copia della documentazione sanitaria che lo riguarda, conservata presso strutture pubbliche e private. Inoltre _____ (*) autorizza l'inserimento dei dati personali e di quelli riguardanti le proprie condizioni di salute, emersi nel corso della presente visita, in una cartella clinica medico-legale, che potrà essere esaminata dal personale autorizzato, vincolato al segreto d'ufficio, a seguito di qualsiasi richiesta di benefici presentata a strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

(*) INDICARE "NON" IN CASO DI NEGATA AUTORIZZAZIONE.

Data ____/____/____

Firma del dichiarante _____
(da firmare in presenza del medico
o del presidente della Commissione medica locale)

