

**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 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
Hai 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, altro)? 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 e/o alterazioni dell'apparato visivo che comportino l'uso di occhiali da vista o lenti a contatto? Se SI quali? _____	NO	SI

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

