

**Certificato anamnestico da compilare a cura del medico curante
ai sensi dell'art. 25 della legge 23 dicembre 1978, n. 833**

Si certifica, sulla scorta dei dati anamnestici e clinici in mio possesso, che il Sig./la Sig.ra

COGNOME

NOME

Nato/a _____ (____) il ____/____/____

Tipo documento _____ Numero _____

Rilasciato da _____ in data ____/____/____

è esente da eventi patologici in atto e malattie a carico di:

(barrare la voce che non interessa)

<u>Apparato cardio-circolatorio:</u> <i>(se si specificare diagnosi)</i>	SI	NO
<u>Diabete mellito</u>	SI	NO
<u>Sistema endocrino:</u> <i>(se si specificare diagnosi)</i>	SI	NO
<u>Sistema neurologico:</u> <i>(se si specificare diagnosi)</i>	SI	NO
<u>Patologie psichiche:</u> <i>(se si specificare diagnosi)</i>	SI	NO
<u>Epilessia</u>	SI	NO
<u>Condizioni di dipendenza da : alcol / sostanze stupefacenti e psicotrope:</u> <i>(cancellare la voce che non interessa)</i>	SI	NO
<u>Apparato uro-genitale:</u> Insufficienza renale	SI	NO
<u>Sangue ed organi emopoietici:</u> Sindromi emofiliche, linfomi o leucemie in trattamento <i>(specificare)</i>	SI	NO
<u>Apparato osteo-articolare:</u> alterazioni anatomiche o funzionali	SI	NO
<u>Organi di senso:</u> patologie visive evolutive	SI	NO

Il sottoscritto afferma di aver fornito al proprio medico dichiarazione veritiera in merito ai dati anamnestici di cui sopra, conscio delle sanzioni a cui va incontro in caso di infedele dichiarazione.

In fede, il dichiarante

Luogo e data _____

Timbro del medico

Firma del Medico

(con indicazione eventuale specializzazione posseduta
e numero regionale se medico di assistenza primaria)

.....