

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	MODULO	autocertificazione anamnestica (MLEG.MO.1110.03).doc
		pag1/2

AUTOCERTIFICAZIONE ANAMNESTICA

Il sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ (prov. _____) Il _____

Codice fiscale _____

residente in _____ (prov. _____)

via _____ n° _____ cap. _____

telefono (mobile/fisso) _____ E-mail _____

DICHIARO sotto la mia personale responsabilità di essere affetto o di non essere stato affetto dalle seguenti patologie:

• **MALATTIE CARDIOVASCOLARI:** (infarto, angina, ipertensione, etc.) NO SI PREGRESSE
 specificare quale.....

• **DIABETE MELLITO:** NO SI (specificare se trattamento con insulina) NO SI

• **MALATTIE ENDOCRINE:** (fegato, pancreas, tiroide, surreni etc.) NO SI PREGRESSE
 specificare quale.....

• **MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE:** NO SI PREGRESSE
 specificare quale.....

• **SINDROME DELLE APNEE NOTTURNE (OSAS):** NO SI

• **TURBE PSICHICHE:** NO SI PREGRESSE
 specificare quale.....

• **USO DI SOSTANZE PSICOATTIVE:** (tranquillanti, stupefacenti, alcool, antidepressivi, altri farmaci)
 NO SI PREGRESSE specificare quale.....

. N.B. COMPILARE ANCHE SUL RETROPAGINA

Stesura: Dr. M.Tommasino – Luglio 2020	Verifica: Dr. P. Bertone – Resp:SS Medicina Legale Luglio 2020	Autorizzazione: Dr. P. Bertone – Resp:SS Medicina Legale – Luglio 2020	Emissione: Dr. P. Bertone – Resp:SC Medicina Legale – Luglio 2020
<small>QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, RIPRODOTTO O RESO NOTO A TERZI SENZA AUTORIZZAZIONE.</small>			

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	MODULO	autocertificazione anamnestica (MLEG.MO.1110.03).doc
		pag2/2

• **MALATTIE DEL SANGUE:** (leucemia, anemie, linfomi, etc) NO SI **PREGRESSE**
 specificare quale.....

• **EPILESSIA:** NO SI
 se si specificare data ultima crisi

• **MALATTIE DELL'APPARATO UROGENITALE:** NO SI **PREGRESSE**
 specificare quale.....

• **PORTATORE DI PROTESI o PATOLOGIE SCHELETRICHE:** (acustiche, agli arti, cardiache, vascolari, arti, amputazioni, malformità etc) NO SI
 specificare quale.....

• **MALATTIE o DISTURBI della VISTA e/o UDITO:** NO SI

TITOLARE di INVALIDITA' CIVILE o altre invalidità: NO SI

In caso di dichiarazione mendace si provvederà a sottoporre a revisione la patente di guida con conseguente sospensione o revoca della stessa degli art. 128, 129, 130, del Codice della Strada così come modificati dagli art. 9, 10, 11, del D.P.R. n. 575, salvo che non si configuri ipotesi di reato.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Dichiaro di aver ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del Reg. UE 679/2016: "Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati Personali" ("GDPR") concernente la tutela delle persone o di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali e di natura particolare, con particolare riferimento ai dati idonei a rivelare lo stato di salute; in particolare di essere informato che **la S.S.V.D Medicina Legale dell'A.S.L. "VC" raccoglierà e tratterà tali dati per finalità di cura e prevenzione nel contesto specifico della verifica dell'idoneità alla guida di veicoli e natanti**, garantendo in sicurezza la custodia dei medesimi e consentendone l'accesso esclusivamente al personale incaricato del trattamento e trasmissione, ove previsto, agli Enti interessati secondo la normativa vigente, restando escluso ogni trasferimento verso soggetti non basati nell'Unione Europea.

Esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali e sensibili da parte dell'ASL "VC" per le finalità di cui in informativa, sopra riassunte. Autorizzo in caso di necessità ad essere chiamato/a con nome e cognome alla visita medica.

Dichiaro di aver compreso contenuto e finalità della seguente autocertificazione e di aver risposto con sincerità ai quesiti senza omettere o nascondere al medico certificatore notizie utili e importanti per il giudizio di idoneità.

Vercelli, li _____

 (firma leggibile per esteso della persona interessa)

Stesura: Dr. M.Tommasino – Luglio 2020	Verifica: Dr. P. Bertone – Resp:SS Medicina Legale Luglio 2020	Autorizzazione: Dr. P. Bertone – Resp:SS Medicina Legale – Luglio 2020	Emissione: Dr. P. Bertone – Resp:SC Medicina Legale – Luglio 2020
<small>QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, RIPRODOTTO O RESO NOTO A TERZI SENZA AUTORIZZAZIONE.</small>			