

| | | |
|---|---------------|---|
|  A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli | MODULO | Autocertificazione anamnestica (MLEG.MO.4304.00).doc pag 1/2 |
|---|---------------|---|

AUTOCERTIFICAZIONE ANAMNESTICA

Il/La sottoscritto/a _____
 Nato/a _____ il _____
 Codice fiscale _____
 Residente a _____ prov. _____
 Via _____ n. _____ CAP _____
 Tel. _____ e-mail _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, 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, di fornire tutte le informazioni in sua conoscenza utili a definire il proprio stato di salute

| | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Soffre di patologie a carico dell'apparato cardio-circolatorio? Se SI specificare quali _____ | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 2. Ha il diabete mellito? Se SI specificare se <input type="checkbox"/> in trattamento con INSULINA <input type="checkbox"/> NON in trattamento con INSULINA | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 3. Soffre di patologie endocrine (fegato, pancreas, tiroide, etc)? Se SI specificare quali _____ | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 4. Soffre di malattie del sangue? Se SI specificare quali _____ | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 5. Soffre di patologie a carico dell'apparato urogenitale? Se SI specificare quali _____ | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 6. Soffre di patologie a carico dell'apparato osteo-articolare e muscolare? Se SI specificare quali _____ | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 7. Soffre di patologie della vista? Se SI specificare quali _____ | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 8. Ha problemi di udito? Se SI specificare quali _____ | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 9. Ha patologie a carico del sistema nervoso? Se SI specificare quali _____ | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 10. Soffre di epilessia? Se SI specificare quali _____ | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 11. Soffre di turbe e/o patologie psichiche? Se SI specificare quali _____ | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 12. Fa o ha fatto ricorso a sostanze psicoattive? Se SI specificare se l'uso è se <input type="checkbox"/> IN ATTO <input type="checkbox"/> NON IN ATTO Inoltre, specificare se si tratta di: <input type="checkbox"/> ALCOOL <input type="checkbox"/> STUPEFACENTI <input type="checkbox"/> SOSTANZE PSICOTROPE (psicofarmaci) | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 13. Soffre di sindrome delle Apnee Notturme (OSAS) Se SI specificare se usa apparecchi notturni (tipo CPAP) _____ | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 14. ALTRE PATOLOGIE? Se SI specificare quali _____ | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

Compilare anche il retropagina

| Stesura: | Verifica: | Autorizzazione: | Emissione: |
|---|--|--|--|
| M. Rosetta – Collaboratore Amministrativo Prof.le – SSD Medicina Legale – Febbraio 2025 | G. Cotevino – Direttore - SSD Medicina Legale – Febbraio 2025 | G. Cotevino – Direttore - SSD Medicina Legale – Febbraio 2025 | G. Cotevino – Direttore - SSD Medicina Legale – Febbraio 2025 |
| QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE. | | | |

| | | |
|---|---------------|--|
|  A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli | MODULO | Autocertificazione anamnestica (MLEG.MO.4304.00).doc pag2/2 |
|---|---------------|--|

| | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 15. Soffre di patologie della vista? Se SI specificare quale _____ | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 16. E' portatore di protesi (acustiche, agli arti, cardiache, vascolari, etc....) Se SI specificare quale _____ | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 17. Ha un'invalidità riconosciuta (civile, INPS, INAIL, L.104/92, ...)? Se SI specificare la percentuale _____ | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

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 della **S.S.D Medicina Legale dell'A.S.L. "VC"**, in caso di necessità, ad esaminare ed estrarre copia della documentazione sanitaria che lo riguarda, conservata presso strutture pubbliche e private.

Il sottoscritto autorizza inoltre 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.

Il sottoscritto autorizza in caso di necessità ad essere chiamato/a con nome e cognome alla visita medica.

Data, _____

(firma per esteso)

| Stesura: | Verifica: | Autorizzazione: | Emissione: |
|---|---|---|---|
| M.Rosetta – Collaboratore Amministrativo Prof.le – SSD Medicina Legale – Febbraio 2025 | G.Cotevino – Direttore - SSD Medicina Legale – Febbraio 2025 | G.Cotevino – Direttore - SSD Medicina Legale – Febbraio 2025 | G.Cotevino – Direttore - SSD Medicina Legale – Febbraio 2025 |
| QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE. | | | |