

	MODULO	Autocertificazione anamnestica (MLEG.MO.4304.01) Pag1/2
---	---------------	--

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 _____	☐ SI	☐ NO
2. Ha il diabete mellito? Se SI specificare se ☐ in trattamento con <i>INSULINA</i> ☐ <i>NON in trattamento con INSULINA</i>	☐ SI	☐ NO
3. Soffre di patologie endocrine (fegato, pancreas, tiroide, etc)? Se SI specificare quali _____	☐ SI	☐ NO
4. Soffre di malattie del sangue? Se SI specificare quali _____	☐ SI	☐ NO
5. Soffre di patologie a carico dell'apparato urogenitale? Se SI specificare quali _____	☐ SI	☐ NO
6. Soffre di patologie a carico dell'apparato osteo-articolare e muscolare? Se SI specificare quali _____	☐ SI	☐ NO
7. Soffre di patologie della vista? Se SI specificare quali _____	☐ SI	☐ NO
8. Ha problemi di udito? Se SI specificare quali _____	☐ SI	☐ NO
9. Ha patologie a carico del sistema nervoso? Se SI specificare quali _____	☐ SI	☐ NO
10. Soffre di epilessia? Se SI specificare quali _____	☐ SI	☐ NO
11. Soffre di turbe e/o patologie psichiche? Se SI specificare quali _____	☐ SI	☐ NO
12. Fa o ha fatto ricorso a sostanze psicoattive (ai sensi degli artt. 186 e 187 Cds -D. Lgs. 30 aprile 1992 nr. 285)? Se SI specificare se l'uso è se ☐ <i>IN ATTO</i> ☐ <i>NON IN ATTO</i> Inoltre, specificare se si tratta di: ☐ <i>ALCOOL</i> ☐ <i>STUPEFACENTI</i> ☐ <i>SOSTANZE PSICOTROPE (psicofarmaci)</i>	☐ SI	☐ NO
13. Soffre di sindrome delle Apnee Notturme (OSAS) Se SI specificare se usa apparecchi notturni (tipo CPAP) _____	☐ SI	☐ NO
14. ALTRE PATOLOGIE? Se SI specificare quali _____	☐ SI	☐ NO

Compilare anche il retropagina

Stesura:	Verifica:	Autorizzazione:	Emissione:
SSD Medicina Legale – Marzo 2026	SSD Medicina Legale – Aprile 2026	SSD Medicina Legale – Aprile 2026	SSD Medicina Legale – Aprile 2026
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.			

	MODULO	Autocertificazione anamnestica (MLEG.MO.4304.01) Pag2/2
---	---------------	--

15. E' portatore di protesi (acustiche, agli arti, cardiache, vascolari, etc....) Se SI specificare quale _____	☐ SI	☐ NO
16. Ha un'invalidità riconosciuta (civile, INPS, INAIL, L.104/92, ...)? Se SI specificare la percentuale _____	☐ SI	☐ 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:
SSD Medicina Legale – Marzo 2026	SSD Medicina Legale – Aprile 2026	SSD Medicina Legale – Aprile 2026	SSD Medicina Legale – Aprile 2026
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.			