

CERTIFICATO ANAMNESTICO

Si certifica, sulla scorta dei dati anamnestici e clinici in mio possesso, che

Il Sig./la Sig.ra _____

nato a _____ (____), Il ____/____/____, Cod Fisc _____

da me in cura da più / da meno di un anno, presenta / non presenta pregresse condizioni morbose che possono costituire un rischio attuale per lo svolgimento dell'attività di soccorritore e per la guida di automezzi, in riferimento a:

APPARATO CARDIO-CIRCOLATORIO: SI NO

(se si specificare diagnosi).....

DIABETE MELLITO: SI NO

SISTEMA ENDOCRINO: SI NO

(se si specificare diagnosi).....

SISTEMA NEUROLOGICO: SI NO

(se si specificare diagnosi).....

PATOLOGIE PSICHICHE: SI NO

(se si specificare diagnosi).....

EPILESSIA: SI NO

Condizioni di dipendenza da alcol/sostanze stupefacenti e psicotrope: SI NO

(cancellare la voce che non interessa)

Apparato uro-genitale: insufficienza renale grave: SI NO

Sangue ed organi emopoietici: SI NO

Sindromi emofiliche, linfomi o leucemie in trattamento (specificare)

APPARATO OSTEO-ARTICOLARE: gravi alterazioni anatomiche o funzionali SI NO

ORGANI DI SENSO: gravi patologie visive evolutive SI NO

In possesso del certificato di vaccinazione antitetanica effettuata entro i 10 anni; SI NO

In possesso del certificato di vaccinazione anti epatite B (1° e 2° somministr.) SI NO

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

luogo e data di rilascio

Il Dichiarante

Timbro e Firma del Medico

.....

.....

NB: il presente certificato anamnestico è valido unicamente al fine dell'accertamento dei requisiti psico-fisici minimi per lo svolgimento dell'attività di soccorritore od infermiere a bordo ed alla guida di automezzi di soccorso.