DICHIARAZIONE AL MEDICO

Il sottoscritto _____

nato a _____ il ____/_____/_____ e residente in

_____Via/P.zza _____n. _____

nell'ambito dell'accertamento medico dell'idoneità psicofisica al conseguimento/conferma della patente nautica da diporto n. _____ che lo abilita alla navigazione

DICHIARA

in relazione agli stati patologici di seguito elencati, che :

- Sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio? SI NO
  (se SI quali _____)
- Sussiste diabete? SI NO
  (se SI specificare se usilinodipendente SI NO)
- Sussistono altre patologie endocrine ? SI NO
  (se SI quali _____)
- Sussistono turbe e/o patologie psichiche? SI NO
  (se SI quali _____)
- Soffre di epilessia o ha manifestato crisi epilettiche? SI NO
  (se SI specificare quando sia è manifestata l'ultima _____)
- Sussistono malattie del sangue? SI NO
  (se SI quali _____)
- Sussistono malattie dell'apparato uro-genitale?
  (se SI quali _____)

DATA _____ FIRMA

_____

Il sottoscritto dichiara altresì di manifestare l'assenso al trattamento dei dati sanitari in relazione al d.lgs 196 del 30/06/2003 (legge Privacy) ai fini del rilascio della certificazione medico/legale.

DATA _____ FIRMA

_____