

**Certificato anamnestico da compilare a cura dell'interessato e del medico di fiducia  
(ex art. 25 della legge 23 dicembre 1978, n. 833)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(Cognome) (Nome)

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Comune) (Provincia) (giorno/mese/anno)

residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
(Comune) (Provincia)

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**D I C H I A R A**

in relazione agli **stati patologici** di seguito elencati (barrare la voce interessata)

Sussistono patologie dell'apparato cardiocircolatorio? NO SI  
Se SI quali? \_\_\_\_\_

Sussiste diabete? NO SI  
Se SI specificare trattamento \_\_\_\_\_

Sussistono patologie della tiroide/surreni/pancreas, ipofisi? NO SI  
Se SI quali? \_\_\_\_\_

Sussistono turbe e/o patologie psichiche già note? NO SI  
Se SI quali? \_\_\_\_\_

Soffre di Patologie neurologiche? NO SI  
Se SI quali? \_\_\_\_\_

Ha mai avuto crisi epilettiche (o convulsioni)? NO SI  
Se SI indicare la data dell'ultima crisi e la terapia  
eseguita \_\_\_\_\_

Assume (o ha assunto) farmaci psicotropi (ad es. antidepressivi,  
tranquillanti, barbiturici, ecc.)? NO SI  
Se SI quali? \_\_\_\_\_

Fa uso o ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti? NO SI  
Se SI di che tipo? \_\_\_\_\_

Sussistono malattie del sangue? NO SI  
Se SI quali? \_\_\_\_\_

Sussistono malattie dell'apparato urogenitale? NO SI  
Se SI quali? \_\_\_\_\_

Sussistono malattie dell'apparato visivo? NO SI  
Se SI quali? \_\_\_\_\_

**Elencare altre malattie, interventi chirurgici, lesioni, traumi sofferti in passato non indicati  
nelle voci sopra riportate:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Firma dell'interessato/a

Il Medico di fiducia  
(firma, timbro, codice regionale)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_