

**Certificato anamnestico da compilare a cura del medico curante  
ai sensi dell'art. 25 della legge 23 dicembre 1978, n. 833**

Si certifica, sulla scorta dei dati anamnestici e clinici in mio possesso, che il Sig./la Sig.ra

COGNOME

NOME

Nato/a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tipo documento \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**è esente da eventi patologici in atto e malattie a carico di:**

(barrare la voce che non interessa)

<b><u>Apparato cardio-circolatorio:</u></b> (se si specificare diagnosi)	SI	NO
<b><u>Diabete mellito</u></b>	SI	NO
<b><u>Sistema endocrino:</u></b> (se si specificare diagnosi)	SI	NO
<b><u>Sistema neurologico:</u></b> (se si specificare diagnosi)	SI	NO
<b><u>Patologie psichiche:</u></b> (se si specificare diagnosi)	SI	NO
<b><u>Epilessia</u></b>	SI	NO
<b><u>Condizioni di dipendenza da : alcol / sostanze stupefacenti e psicotrope:</u></b> (cancellare la voce che non interessa)	SI	NO
<b><u>Apparato uro-genitale:</u></b> Insufficienza renale	SI	NO
<b><u>Sangue ed organi emopoietici:</u></b> Sindromi emofiliche, linfomi o leucemie in trattamento (specificare)	SI	NO
<b><u>Apparato osteo-articolare:</u></b> alterazioni anatomiche o funzionali	SI	NO
<b><u>Organi di senso:</u></b> patologie visive evolutive	SI	NO

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

*In fede, il dichiarante* .....

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

**Timbro del medico**

**Firma del Medico**

(con indicazione eventuale specializzazione posseduta  
e numero regionale se medico di assistenza primaria)

.....