

CERTIFICATO ANAMNESTICO PRELIMINARE PER IL SUCCESSIVO ACCERTAMENTO DELLE CONDIZIONI PSICOFISICHE DI IDONEITÀ' QUALE "PERSONALE ADDETTO AI SERVIZI DI CONTROLLO " - DECRETO MINISTERO DELL'INTERNO 6 OTTOBRE 2009 ART. 1 COMMA 4 PUNTO B

Si certificano i seguenti dati anamnestici relativi a:

Cognome..... Nome.....
Data e luogo di nascita
Unita' sanitaria locale n..... Regione.....
Numero tesserino assistito.....
Professione.....

A) Malattie del sistema nervoso: **(1)** **No** **Pregressa** **In atto**
Centrale.....
Periferico.....
Postumi invalidanti.....
Epilessia **(2)**.....
Altre.....

B) Turbe psichiche: **(1)** **No** **Pregressa** **In atto**
Da malattie.....
Da traumatismi.....
Postoperatorie.....
Da ritardo mentale grave.....
Da psicosi.....
Dalla personalità.....

C) Sostanze psicoattive: **(1)** **No** **Pregressa** **In atto**
Abuso di alcool.....
Uso di stupefacenti **(3)**.....
Uso di sostanze psicotrope **(3)**.....
Dipendenza da alcool.....
Dipendenza da stupefacenti.....
Dipendenza da sostanze psicotrope **(3)**.....

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.

(Luogo e data del rilascio)

.....

In fede, il dichiarante

.....

In fede, il medico (timbro personale e firma)

.....

Note per la corretta compilazione del certificato anamnestico:

(1) Barrare con una X le caselle interessate.

(2) Indicare la data dell'ultima crisi avuta da soggetti epilettici.

(3) Specificare le modalità d'uso.