

Azienda ULSS n. 1 DolomitiPEC: protocollo.aulss1@pecveneto.it

Sede legale: via Feltre, n. 57 – 32100 – BELLUNO

Centralino Belluno: 0437 516111 Centralino Feltre: 0439 8831

Codice Fiscale e Partita IVA: 00300650256

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

AUTODICHIARAZIONE SANITARIA

Sig. _____ Cognome – Nome
nat _ a _____ (____) il ____ / ____ / ____ Comune Prov. Giorno mese anno
nazionalità _____ residente in _____ (____) Comune Prov.
via _____ n. _____ c.a.p. _____ telef. _____

- **ALTEZZA** cm. _____ **PESO** kg. _____**- MALATTIE DELL'APPARATO CARDIO-CIRCOLATORIO** NO SI - quali _____**- DIABETE** NO SI - insulino trattato NO SI**- MALATTIE DELLE ghiandole ENDOCRINE (es. tiroide, surreni etc.)** NO SI - quali _____**- MALATTIE PSICHICHE** NO SI - quali _____

- ricoveri: _____

- EPILESSIA O CRISI CONVULSIVE NO SI - data ultima crisi _____- terapia NO SI**- MALATTIE DEL SANGUE** NO SI - quali _____**- MALATTIE RENALI GRAVI - INSUFFICIENZA RENALE** NO SI - quali _____- dialisi NO SI- trapianto renale NO SI**- MALATTIE NEUROLOGICHE** NO SI - quali _____

- ricoveri: _____

- MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO NO SI - quali _____**- MALATTIE APPARATO OSTEOARTICOLARE** NO SI - quali _____

- HA FATTO/ FA USO DI FARMACI

NO SI - quali _____

- fino a quando: _____

- HA FATTO/ FA USO DI SOSTANZE STUPEFACENTI

NO SI - quali _____

- fino a quando: _____

- FA USO DI BEVANDE ALCOLICHE

NO - da quanto tempo _____

SI - quali _____

- quantità _____

- da quanto tempo _____

- E' STATO VISITATO IN PASSATO PRESSO UNA COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI?

NO SI - per quale motivo _____

- E' STATO RICONOSCIUTO INVALIDO A QUALSIASI TITOLO (CIVILE, INPS, INAIL, GUERRA, PER CAUSE DI SERVIZIO)?

NO SI - per quale motivo _____

- % _____

- E' MAI STATO RICOVERATO?

NO SI - per quale motivo _____

- PORTA LENTI DA VISTA (anche a contatto)?

NO SI - per quale motivo _____

- HA PROBLEMI DI UДИТО? NO SI _____

- PORTA PROTESI ACUSTICHE? NO SI

□□□□□□□□□□□□

Il sottoscritto afferma di aver fornito al medico certificatore dichiarazione veritiera in merito ai dati anamnestici di cui sopra, conscio delle sanzioni a cui va incontro in caso di infedele dichiarazione e del fatto che la stessa visita potrebbe risultare falsata.

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELLA LEGGE SULLA PRIVACY

Io sottoscritto, ai sensi del Decreto legislativo 30/06/2003, N.196, sono stato informato del fatto che i dati personali e quelli riguardanti le mie condizioni di salute, emersi a seguito della presente visita, tutelati dal segreto d'ufficio, saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, potranno essere trasmessi ai competenti uffici pubblici, a loro volta vincolati dall'obbligo del segreto d'ufficio, per gli adempimenti di competenza previsti dalla legge e ne autorizzo il trattamento.

Io sottoscritto.....(*) autorizzo il personale del Servizio Igiene e Sanità Pubblica, se lo riterrà necessario, ad esaminare ed estrarre copia della documentazione sanitaria che lo riguarda, conservata presso strutture pubbliche. Inoltre.....(*) autorizza l'inserimento dei dati personali e di quelli riguardanti le proprie condizioni di salute, emersi nel corso della presente visita, in una cartella clinica medico-legale, che potrà essere esaminata dal personale autorizzato, vincolato dall'obbligo del segreto d'ufficio, a seguito di qualsiasi richiesta di benefici presentata a Strutture del Servizio Sanitario Pubblico.

(*) INDICARE "NON" IN CASO DI NEGATA AUTORIZZAZIONE

luogo e data

Il dichiarante