

**Azienda ULSS n. 1 Dolomiti**PEC: [protocollo.aulss1@pecveneto.it](mailto: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

oooooooooooooooo

**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