



A.S.L. NO

Azienda Sanitaria Locale
Sede Legale: viale Roma 7 - Novara
Tel. 0321/374111 - www.asl.novara.it

S. C. MEDICINA LEGALE

AMBULATORIO MONOCRATICO

CERTIFICATO MEDICO DI IDONEITÀ ALLA **PATENTE NAUTICA**

SOLO PER CONSEGUIMENTI E RINNOVI IN ASSENZA DI PATOLOGIE

PRESENTARSI IN AMBULATORIO MUNITI DI:

- **UN DOCUMENTO D' IDENTITÀ in corso corso di validità**
- **DENUNCIA in caso di furto o smarrimento della patente nautica**
- In caso di **conseguimento**: **CERTIFICATO ANAMNESTICO** (vedi modulo allegato): compilato e firmato dal proprio Medico di base. Il certificato ha validità di tre mesi dalla data di rilascio.
- **n° 1 MARCA DA BOLLO da € 16.00**
- **n° 1 FOTO RECENTE FORMATO PASSAPORTO** (solo per il conseguimento)
- **VERSAMENTO di € 40.00** pagabile:
 - **con carta bancomat**, alla cassa automatica installata presso la sede del Servizio di Medicina Legale, digitando il tasto **“ALTRI PAGAMENTI”** → **“CON TESSERA SANITARIA”** → **“MEDICINA LEGALE”** → **inserire la tessera sanitaria e seguire le istruzioni sullo schermo.**
 - **con versamento sul c/c 11872280** intestato a: **AZIENDA SANITARIA LOCALE DI NOVARA - ATTIVITÀ TERRITORIALE – SERVIZIO TESORERIA.**
- **VISITA OCULISTICA** con:
 - determinazione della sensibilità al contrasto OD e OS** (solo per ≥65 anni)
 - visione crepuscolare notturna per OD e OS (PER TUTTI)**
- **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO ANAMNESTICO** (vedi modulo allegato)
Il modulo va compilato in stampatello, dichiarando se si è affetti o meno dalle patologie indicate, e va firmato in presenza del medico esaminatore.

AVVERTENZA: A GIUDIZIO DEL MEDICO AMBULATORIALE, I PAZIENTI CON PATOLOGIE O MINORAZIONI INVALIDANTI VERRANNO INVIATI ALLA VALUTAZIONE DELLA **COMMISSIONE MEDICA**



www.regione.piemonte.it



A.S.L. NO

Azienda Sanitaria Locale

S.C. Medicina Legale

Sede legale: Via.le Roma,7 - Novara

tel. 0321/374111 - www.asl.novara.it

**CERTIFICATO ANAMNESTICO : COMPILATO DAL MEDICO CURANTE (MMG)
NEI CASI DI CONSEGUIMENTO PATENTE E CONVERSIONE O REVISIONE PATENTE ESTERA**

Sulla scorta dei dati anamnestici e clinici in mio possesso

CERTIFICO CHE:

il/la signor/ra _____

nato/a a _____ (Prov. _____) il ____ / ____ / ____

residente a _____ in via _____

da me in cura da più di un anno meno di un anno

presenta pregresse condizioni morbose, che possono costituire un rischio attuale per la guida, in riferimento a:

1. Apparato cardio-circolatorio..... NO..... SI

Se **SI** specificare diagnosi _____

2. Diabete mellito..... NO..... SI

3. Sistema endocrino..... NO..... SI

Se **SI** specificare diagnosi _____

4. Sistema neurologico NO..... SI

Se **SI** specificare diagnosi _____

5. Patologie psichiche NO..... SI

Se **SI** specificare diagnosi _____

6. Epilessia..... NO..... SI

7. Condizioni di dipendenza da: alcool sostanze stupefacenti sostanze psicotrope..... NO..... SI

8. Apparato uro-genitale: insufficienza renale grave NO..... SI

9. Sangue e organi emopoietici: sindromi emofiliche linfomi leucemie..... NO..... SI

10. Apparato osteo-articolare e muscolare: gravi alterazioni anatomiche o funzionali..... NO..... SI

11. Organi di senso: gravi patologie visive evolutive..... NO..... SI

12. S. Apnee Notturme (OSAS)..... NO..... SI

Se **SI** specificare se fa uso di ventilatore notturno (tipo CPAP)..... NO..... SI

13. Invalidità (Civile, INPS, INAIL, L. 104/92...)..... NO..... SI

Se **SI** specificare tipo e percentuale _____

Data _____

Firma e timbro del medico

A.S.L. NO

Azienda Sanitaria Locale
Novara



Sede Legale: v.le Roma, 7 – 28100 Novara
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519
www.asl.novara.it

Annesso II

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO ANAMNESTICO (da firmare in presenza del medico)

... sottoscritt.....
 nat.... a prov./Stato
 il e residente a
 prov./Stato documento di riconoscimento
 n. rilasciato da
 nell'ambito dell'accertamento medico-legale dell'idoneità psicofisica al
 conseguimento/convalida della patente nautica di categoria per

DICHIARA

in relazione agli stati patologici (e/o condizioni) di seguito elencati, che:

Sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio (<i>pressione alta anche normalizzata da trattamento, pregresso infarto, angina, pregresso intervento cardiocirurgico, aneurisma, aritmie, ecc.</i>) Se sì, indicare quali	SI	NO
Sussiste diabete (mellito) Se sì, specificare di quale tipo. insulino-dipendente NON insulino-dipendente (trattato con dieta o ipoglicemizzanti orali)	SI	NO
Sussistono altre patologie endocrine (<i>della tiroide, dei surreni, dell'ipofisi, ecc.</i>). Se sì, indicare quali:	SI	NO
Soffre (ha mai sofferto) di malattie neurologiche (<i>morbo di Parkinson, emiparesi ischemia cerebrale transitoria, sclerosi multipla, ecc.</i>). Se sì, indicare quali	SI	NO
Soffre (ha sofferto di) disturbi o patologie psichiche (<i>ansia, depressione, disturbo ossessivo-compulsivo, allucinazioni, ecc.</i>) Se sì, indicare quali e quando ne ha sofferto:	SI	NO
È attualmente (è stato) in cura con tranquillanti, antidepressivi, barbiturici, sonniferi o altri farmaci psicotropi Se sì, indicare quali, il periodo di trattamento e i dosaggi	SI	NO
Ha avuto problemi relativi ad abuso di alcolici (<i>guida o comando di unità da diporto in stato di ebbrezza, ricoveri ospedalieri, ecc.</i>). Se sì, specificare di quale tipo e quando	SI	NO

A.S.L. NO

Azienda Sanitaria Locale
Novara



Sede Legale: v.le Roma, 7 – 28100 Novara
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519
www.asl.novara.it

Ha fatto uso di canapa indiana, ecstasy, eroina, cocaina, amfetamine, LSD o altre droghe. Se sì, specificare quando:	SI	NO
Ha subito un trauma cranico. Se sì, specificare quando:	SI	NO
Soffre di epilessia o ha manifestato crisi epilettiche (o convulsioni). Se sì, specificare la data dell'ultima crisi e indicare la terapia eseguita:	SI	NO
Sussistono malattie del sangue. Se sì, specificare quali:	SI	NO
Sussistono malattie dell'apparato uro-genitale (<i>insufficienza renale cronica, ecc.</i>). Se sì, specificare quali:	SI	NO
Assume (o ha assunto per più di una settimana nell'ultimo anno) altre medicine oltre a quelle già dichiarate. Se sì, indicare quali, il periodo di trattamento e i dosaggi:	SI	NO
Ha problemi della vista non correggibili con lenti. Se sì, indicare quali:	SI	NO
Porta lenti a contatto.	SI	NO
Ha problemi di udito.	SI	NO
Porta protesi acustiche.	SI	NO

Dichiarazione del richiedente

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi contenenti dati non più rispondenti a verità, dichiara sotto la sua personale responsabilità di aver fornito tutte le informazioni in sua conoscenza utili a definire il proprio stato di salute. In particolare dichiara di non fare abuso di alcolici, e/o di sostanze stupefacenti o psicotrope, e di non aver avuto crisi epilettiche negli ultimi due anni.

Luogo e data

Firma del richiedente

DICHIARAZIONE AI SENSI DELLA LEGGE SULLA PRIVACY

Ai sensi del d.lgs. 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. I predetti dati saranno trasmessi ai competenti uffici pubblici, a loro volta vincolati dall'obbligo del segreto d'ufficio, per gli adempimenti di competenza previsti dalla legge. Il sottoscritto (*) autorizza il personale della 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 all'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.

....., li

Firma del dichiarante
(da firmare in presenza del medico)

Firma del medico ricevente l'atto