

Marca
da
bollo

CERTIFICATO MEDICO

RILASC IO
PER _____ DELLA PATENTE NAUTICA
CONVALIDA

FOTO

<input type="checkbox"/> Navigazione entro 12 miglia dalla costa	<input type="checkbox"/> limitata alle unità a motore
<input type="checkbox"/> Navigazione senza alcun limite dalla costa	<input type="checkbox"/> per tutti i tipi di unità

Nave da diporto

Si certifica che il Sig. _____
nat_ a _____ il _____
documento di riconoscimento _____ n. _____
rilasciato da _____ il _____
di statura mt _____ e peso Kg _____

Osservazioni: _____

Non presenta sintomi che lo rivelino fare consumo abituale o essere in stato di dipendenza da sostanze stupefacenti, psicotrope, o che comunque alterino lo stato psico-fisico della persona. E' esente da anomalie della conformazione o dello sviluppo somatico e da malattie fisiche o psichiche, deficienze organiche o minorazioni anatomiche e/o funzionali, che possono comunque pregiudicare la sicurezza della navigazione in relazione al tipo di patente richiesta e al limite di distanza dalla costa.

Possiede

	all'occhio destro	all'occhio sinistro
ad occhio nudo
a rifrazione corretta
grado di rifrazione
senso cromatico	campo visivo: O.D.	sensibilità al contrasto: O.D.
	O.S.	O.S.
visione binoculare	visione crepuscolare/notturna O.D.	O.S.

Percepisce la voce di conversazione _____ con _____ monoaurale _____
 senza _____ protesi acustica _____ binaurale _____

a destra a metri a sinistra a metri

Possiede tempi di reazione a stimoli semplici (misura in decili)

stimoli luminosi	rapidità	regolarità
stimoli acustici	rapidità	regolarità

E' IDONEO

In conseguenza si giudica che _____ per il conseguimento / la convalida

NON E' IDONEO

della patente nautica di categoria _____ per la navigazione entro 12 miglia dalla costa _____ limitata alle sole unità a motore _____
 _____ senza alcun limite dalla costa _____ per tutti i tipi di unità _____

della patente nautica per nave da diporto

Eventuali limiti di durata: patente nautica limitata ad anni _____ ai sensi del _____

obbligo di lenti obbligo di apparecchio acustico adattamenti

prescrizioni

Allegati depositati agli atti: dichiarazione anamnestica dell'interessato,

Rilasciato il Generalità qualifica e firma del medico

 (firma dell'interessato)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO ANAMNESTICO

_____ sottoscritt _____
 nat_ a _____ prov. (____)
 residente a _____ prov. (____)
 in via/piazza _____
 nell'ambito dell'accertamento medico legale dell'idoneità psicofisica al conseguimento/convalida della
 patente nautica _____

DICHIARA:

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

Sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio (<i>pressione alta anche se normalizzata dal 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:	Si	No
Sussistono altre patologie endocrine (<i>ad es. della tiroide, dei surreni, dell'ipofisi</i>) Se sì, indicare quali:	Si	No
Soffre (ha mai sofferto) di malattie neurologiche (<i>ad es.: m. di Parkinson, emiparesi, ischemia cerebrale transitoria, sclerosi multipla, ecc.</i>) Se sì, indicare quali:	Si	No
Soffre (ha mai sofferto) di turbe e patologie psichiche (<i>ad es.: ansia, depressione, allucinazioni, ecc.</i>) Se sì, indicare quali e in quale periodo ne ha sofferto:	Si	No
E' attualmente (è stato) in cura con tranquillanti, antidepressivi, barbiturici, sonniferi o altri farmaci psicotropi Se sì, indicare quali, il periodo di riferimento e i dosaggi:	Si	No
Ha avuto problemi relativi ad abuso di alcolici (<i>ad es.: guida o comando in stato di ebbrezza, ricoveri ospedalieri, ecc.</i>) Se sì, specificare di quale tipo e quando:	Si	No
Ha subito un trauma cranico. Se sì, specificare quando:	Si	No
Ha fatto uso di canapa indiana, ecstasy, eroina, cocaina, anfetamine, LSD, o altre droghe. Se sì, specificare quando:	Si	No
Soffre di epilessia o ha in passato manifestato crisi epilettiche (o convulsioni) Se sì, specificare la data dell'ultima crisi e la terapia eseguita:	Si	No
Sussistono malattie del sangue Se sì, specificare quali:	Si	No
Sussistono malattie dell'apparato uro-genitale (<i>ad es.: insufficienza renale cronica</i>) Se sì, indicare quali:	Si	No
Assume (o ha assunto per più di una settimana nell'ultimo anno) altre medicine oltre a quelle dichiarate Se sì, indicare quali, il periodo di riferimento e i dosaggi:	Si	No
Ha problemi di vista non correggibili con lenti a contatto: 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

Dichiaro sotto la mia personale responsabilità di aver fornito tutte le informazioni in mia conoscenza utili a definire il mio stato di salute, in particolare dichiaro di non fare abuso di alcolici, di sostanze stupefacenti o psicotrope e di non aver avuto crisi epilettiche negli ultimi due anni.

Data

Firma del richiedente

DICHIARAZIONE AI SENSI DELLA LEGGE SULLA PRIVACY

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. 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 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

Data.....

Firma del dichiarante.....
(da firmare in presenza del medico)

Firma del medico ricevente l'atto.....