



QUESTIONARIO ANAMNESTICO AUTOCERTIFICAZIONE SULLE CONDIZIONI CLINICHE DEL CANDIDATO

Il/La sottoscritto/a _____ Cod. Fisc. _____

dichiara sotto la propria responsabilità di essere a conoscenza dello stato dei seguenti organi e apparati

sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio e /o vascolare (<i>es.: ipertensione, anche se normalizzata dal trattamento; pregresso infarto; angina; pregresso intervento cardiocirurgico; aneurisma; aritmie</i>)? se sì, indicare quali:	SI	NO
sussiste diabete mellito? se sì, specificare se: insulinodipendente trattato con dieta o ipoglicemizzanti orali.	SI	NO
soffre (ha mai sofferto) di malattie neurologiche (<i>es. morbo di Parkinson, emiparesi, ischemia cerebrale, sclerosi multipla, ecc.</i>)? se sì, indicare quali:	SI	NO
sussistono (ha mai sofferto) di turbe e/o patologie della sfera psichica (<i>es. ansia, depressione, allucinazioni, ecc.</i>)? se sì, specificare quali ed in che periodo ne ha sofferto:	SI	NO
è attualmente (è stato) in cura con tranquillanti, antidepressivi, barbiturici, sonniferi e/o altri farmaci psicotropi (fa uso di sostanze psicoattive)? se sì, indicare quali, in che periodo ed a quali dosaggi:	SI	NO
ha mai avuto problemi relativi ad abuso di alcoolici (<i>ad esempio guida in stato di ebbrezza etc.</i>)? se sì, specificare quale tipo ed in che periodo:	SI	NO
sussistono patologie a carico dell'apparato uro-genitale (<i>ad esempio insufficienza renale grave etc.</i>)? se sì specificare quali e in che periodo:	SI	NO
soffre di epilessia e/o ha mai manifestato in passato crisi epilettiche o convulsioni? se sì, specificare data ultimo episodio (quando si è manifestata l'ultima); se sì, specificare la terapia seguita:	SI	NO
soffre di malattie del sangue ed organi emopoietici (<i>ad es. sindromi emofiliche, linfomi o leucemie in trattamento</i>)? se sì, specificare:	SI	NO
sussistono patologie a carico dell'apparato oste-articolare (<i>ad es. gravi alterazioni anatomiche o funzionali</i>)? se sì, specificare diagnosi:	SI	NO
sussistono patologie a carico degli organi di senso? (<i>ad es. gravi patologie visive e/o auditive evolutive</i>) se sì, specificare diagnosi:	SI	NO

Il candidato con la sua firma attesta di aver rilasciato dichiarazioni veritiere sotto la propria responsabilità e consapevole di quanto disposto dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e delle conseguenze di natura penale in caso di dichiarazioni mendaci

Ponte a Ema, lì _____

firma del candidato o di chi ne esercita la responsabilità genitoriale _____