

in bollo

# CERTIFICATO MEDICO

PER IL \_\_\_\_\_ (1) DELLA PATENTE NAUTICA

Foto  
firmata dal richiedente  
e vistata dal medico che  
rilascia il documento  
(solo in caso di  
primo rilascio)

<input type="checkbox"/> A	Navigazione entro 12 miglia dalla costa (2)	<input type="checkbox"/> a motore
<input type="checkbox"/> B	Navigazione senza alcun limite dalla costa (2)	<input type="checkbox"/> a vela, vela con m.a.

Nave da  
diporto

Patente speciale limitata ad anni .....per la navigazione a non oltre .....miglia di distanza dalla costa.  
per la durata di ore ..... con unità da diporto a .....(3).

Si certifica che il Sig. \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

ha statura di mt. \_\_\_\_\_ e peso di Kg. \_\_\_\_\_

Non presenta sintomi che lo rivelino fare abuso di bevande alcoliche od 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.

		all'occhio destro	all'occhio sinistro
Possiede	ad occhio nudo	_____	_____
	a rifrazione corretta	_____	_____
	grado di rifrazione	_____	_____
senso cromatico	_____	campo visivo	_____
		senso stereoscopico	_____
visione binoculare	_____	visione notturna	_____

Percepisce la voce di conversazione \_\_\_\_\_ con \_\_\_\_\_ (4) protesi acustica \_\_\_\_\_ monoaurale \_\_\_\_\_ (4)  
 senza \_\_\_\_\_ binaurale \_\_\_\_\_

a destra a \_\_\_\_\_ mt. a sinistra a \_\_\_\_\_ mt.

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

stimoli luminosi	rapidità _____	regolarità _____
stimoli acustici	rapidità _____	regolarità _____

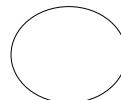
In conseguenza si giudica che è idoneo per (1) \_\_\_\_\_ della patente nautica di tipo \_\_\_\_\_ (5) a motore/vela con m.a. (3)  
 non è idoneo (4) Osservazioni:(6) .....

### PRESCRIZIONI:

obbligo di lenti (7)  obbligo di apparecchio acustico (7)

altre prescrizioni

.....  
 .....  
 .....



Generalità, qualifica e firma del sanitario

Rilasciato il \_\_\_\_\_

(1) Indicare, secondo i casi, conseguimento, revisione o conferma della validità..  
 (2) Barrare le caselle che interessano.  
 (3) Vedi art. 5, comma 9 del regolamento sulle patenti nautiche.  
 (4) Depennare il caso che non ricorre.  
 (5) Indicare a seconda dei casi, A, B, speciale ovvero Nave da diporto.  
 (6) Il giudizio di non idoneità deve essere adeguatamente motivato.  
 (7) Indicare SI oppure NO.

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

Il/La sottoscritto/a

\_\_\_\_\_ nato  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

**Nell'ambito dell'accertamento medico legale dell'idoneità psicofisica al conseguimento / convalida della patente nautica**

DICHIARA

In relazione agli stati patologici di seguito elencati che: (Barrare Si o NO)

<u>Sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio ? (pressione alta anche se normalizzata dal trattamento, pregresso infarto, angina, pregresso intervento cardiocirurgico, aneurisma, aritmie, ecc.)</u>	SI	NO
<u>Sussiste diabete (mellito) ?</u> Se sì, SPECIFICARE di quale tipo: <input type="checkbox"/> Insulinodipendente. <input type="checkbox"/> NON Insulinodipendente (trattato con dieta o ipoglicemizzanti orali)	SI	NO
<u>Sussistono altre patologie endocrine ? (ad es.: della tiroide, dei surreni, dell'ipofisi).</u> Se sì, INDICARE QUALI: .....	SI	NO
<u>Soffre o ha mai sofferto di malattie neurologiche ? (ad es.: m. di Parkinson, emiparesi, ischemia cerebrale transitoria, sclerosi multipla, ecc.).</u> Se sì, INDICARE QUALI:.....	SI	NO
<u>Sussistono (o ha mai sofferto di) turbe o patologie psichiche ? (ad es.: ansia, depressione, allucinazioni, ecc.).</u> Se sì, INDICARE QUALI ed in che periodo ne ha sofferto: .....	SI	NO
<u>E' attualmente o è mai stato in cura con tranquillanti, antidepressivi, barbiturici, sonniferi od altri farmaci psicotropi ?</u> Se sì, INDICARE QUALI, in che periodo ed a quali dosaggi: .....	SI	NO
<u>Ha mai avuto problemi relativi ad abuso di alcolici ? ( ad es.: guida in stato di ebbrezza, ricoveri ospedalieri, ecc.)</u> Se sì, SPECIFICARE di che tipo e quando: .....	SI	NO
<u>Ha mai fatto uso di canapa indiana, ecstasy, eroina, cocaina, anfetamine, LSD od altre droghe di abuso ?</u> Se sì, SPECIFICARE quando : .....	SI	NO
<u>Ha mai subito un trauma cranico ?</u> Se sì, SPECIFICARE quando: .....	SI	NO

<u>Ha mai subito un trauma cranico ?</u> Se sì, SPECIFICARE quando: .....	SI	NO
<u>Soffre di epilessia o ha mai manifestato crisi epilettiche (o convulsioni) ?</u> Se sì, SPECIFICARE la data quando si è manifestata l'ultima: Se sì, indicare la terapia eseguita: .....	SI	NO
<u>Sussistono malattie del sangue ?</u> Se sì, SPECIFICARE quali: .....	SI	NO
<u>Sussistono malattie dell'apparato uro-genitale ? (Ad es. Insufficienza renale cronica)</u> Se sì, SPECIFICARE quali: .....	SI	NO
<u>Prende medicine o ne ha prese per più di una settimana nell'ultimo anno ?</u> Se sì, INDICARE QUALI, in che periodo ed a quali dosaggi: .....	SI	NO
<u>Ha problemi di vista non correggibili con lenti ?</u> Se sì, INDICARE QUALI: .....	SI	NO
<u>Porta lenti a contatto ?</u>	SI	NO
<u>Ha problemi di udito ?</u>	SI	NO
<u>Porta protesi acustiche ?</u>	SI	NO
<u>Dichiarazione del richiedente</u> Dichiaro sotto la mia personale responsabilità di aver fornite tutte le informazioni in mia conoscenza utili a definire il mio stato di salute. In particolare dichiaro di non fare uso di alcolici, di sostanze stupefacenti o psicotrope e di non aver mai avuto crisi epilettiche negli ultimi due anni. Data..... Firma del richiedente .....		

#### DICHIARAZIONE AI SENSI DELLA LEGGE SULLA PRIVACY

Ai sensi del D.Lgs. 30/06/03 n. 196 vengo informato del fatto che i dati personali e riguardanti le mie condizioni di salute emersi a seguito della presente visita, tutelati dal segreto d'Ufficio, saranno archiviati, per disposizioni di Legge e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche. 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 S.C. Medicina Legale della ASL VERCELLI, 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 riguardanti le proprie condizioni di salute nel corso della presente visita in una cartella clinica medico-legale che sarà esaminata dal personale autorizzato e vincolato dall'obbligo del segreto d'Ufficio ad ogni richiesta di benefici di qualsiasi natura presentata a strutture del Servizio Sanitario pubblico.

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

Data ..... Firma dell'Interessato .....  
(da firmare in presenza del Medico)

firma del medico ricevente l'atto .....