

UFFICIO DI SANITA' MARITTIMA, AEREA E DI FRONTIERA PESCARA

U.T. PESCARA

N. _____

DICHIARAZIONE ANAMNESTICA MARITTIMI

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____
in sede di accertamenti sanitari per l'iscrizione o la reinscrizione nelle matricole della gente di mare di
prima categoria (R.D.L. 14 dicembre 1933, n. 1773 conv. nella L 22 gennaio 1934, n. 244 e L. 28
ottobre 1962, n. 1602),

DICHIARA che (segnare la condizione che ricorre):

- è stato ricoverato/curato presso strutture sanitarie SI ☐ NO ☐

Se si, per quale motivo: _____

- soffre/ha mai sofferto di malattie neurologiche e/o psichiche SI ☐ NO ☐

Se si, quali: _____

- soffre di epilessia o in passato ha manifestato crisi epilettiche SI ☐ NO ☐

- soffre di patologie dell'apparato respiratorio SI ☐ NO ☐

Se si, quali: _____

- soffre di patologie cardiovascolari SI ☐ NO ☐

Se si, quali: _____

- soffre di patologie dell'apparato gastro-enterico SI ☐ NO ☐

Se si, quali: _____

- soffre di patologie dell'apparato uro-genitale SI ☐ NO ☐

Se si, quali: _____

- soffre di diabete SI ☐ NO ☐
- soffre di altre patologie endocrine SI ☐ NO ☐
- Se si, quali:* _____
- soffre di malattie del sangue SI ☐ NO ☐
- Se si, quali:* _____
- soffre di patologie a carico dell'apparato osteo-articolare SI ☐ NO ☐
- Se si, quali:* _____
- assume farmaci SI ☐ NO ☐
- Se si, quali:* _____
- fa o ha fatto uso di droghe/sostanze psicoattive SI ☐ NO ☐
- ha avuto/ha problemi relativi ad abuso di bevande alcoliche SI ☐ NO ☐
- usa lenti a contatto SI ☐ NO ☐
- invalidità riconosciute SI ☐ NO ☐
- Se si, quali:* _____

**Dichiaro sotto la mia personale responsabilità di aver fornito tutte le informazioni in mia conoscenza utili a definire il mio stato di salute.
Sono consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci posso essere perseguito penalmente e decadere dai benefici conseguiti per mezzo delle false dichiarazioni.**

Firma del dichiarante (in presenza del funzionario sanitario)

(in caso di minore firma chi esercita la potestà genitoriale)

Data _____

Eventuali annotazioni

Firma del medico _____