

CERTIFICATO ANAMNESTICO

COGNOME: _____
NOME: _____
DATA E LUOGO DI NASCITA: __ / __ / ____ - _____
CODICE FISCALE: _____
RESIDENTE IN: _____ CAP: _____ CITTA' _____ PROV. _____

Si certifica, sulla scorta dei dati anamnestici e clinici in mio possesso, che il mio assistito, presenta condizioni morbose, attuali o pregresse, in riferimento a:

Apparato cardio-circolatorio: (se si specificare diagnosi)	SI	NO
Diabete mellito	SI	NO
Sistema endocrino: (se si specificare diagnosi)	SI	NO
Sistema neurologico: (se si specificare diagnosi)	SI	NO
Patologie psichiche: (se si specificare diagnosi)	SI	NO
Epilessia	SI	NO
Condizioni di dipendenza da: alcol / sostanze stupefacenti e psicotrope: (se si specificare diagnosi)	SI	NO
Apparato uro-genitale: Insufficienza renale grave	SI	NO
Sangue ed organi emopoietici:	SI	NO
Sindromi emofiliche, linfomi o leucemie in trattamento (specificare)	SI	NO
Apparato osteo-articolare: gravi alterazioni anatomiche o funzionali	SI	NO
Organi di senso: gravi patologie visive evolutive	SI	NO

Data __ / __ / ____

Timbro e Firma del Medico

Da compilarsi a cura del volontario:

Ai sensi degli artt. 13 e 23 nonché noti i diritti a me riconosciuti ex art. 7 del D.Lgs. 196/03 e ss.mm.ii. oltreché in ossequio al Regolamento UE 2016/679, si acconsente e si autorizza al trattamento dei dati personali esclusivamente per le finalità connesse all'Associazione.

Data __ / __ / ____

Firma

n.b. Il presente certificato va consegnato in busta chiusa.