

DICHIARAZIONE DA FIRMARE IN PRESENZA DEL MEDICO

Il sottoscritto _____
nato _____ a _____ prov. (_____) il _____
nazionalità _____ codice fiscale _____
residente in _____ Pov. (_____)
via / piazza _____ n° _____ cap. _____

nell'ambito dell'accertamento medico legale dell'idoneità psicofisica:

DICHIARA

In relazione agli stati patologici di seguito elencati che:

- sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio o è portatore di by pass, pace maker, protesi valvolari. SI - NO
(se SI quali _____)
- * esistono malattie invalidanti dell'apparato locomotore o portatore di protesi articolari. SI - NO
(se SI quali _____)
- * sussiste diabete. SI - NO
(se SI quali _____)
- * sussistono altre patologie endocrine. SI - NO
(se SI quali _____)
- * sussistono turbe e/o patologie psichiche o neurologiche. SI - NO
(se SI quali _____)
- * fa uso di sostanze psicoattive (psico-farmaci, stupefacenti, alcol) SI - NO
(se SI quali _____)
- * soffre di epilessia o ha manifestato crisi epilettiche o assume farmaci per l'epilessia. SI - NO
(se SI specificare quando si è manifestata l'ultima _____)
- * sussistono malattie del sangue e del sistema linfatico. SI - NO
(se SI quali _____)
- * sussistono malattie dell'apparato urogenitale o effettua dialisi. SI - NO
(se SI quali _____)
- * sussistono invalidità già riconosciute o in corso di riconoscimento. SI - NO
(se SI quali _____)

e che ha riferito con fedeltà tutte le imperfezioni e le malattie di cui ha sofferto e/o in ispecie quelle che potrebbero costituire causa di non idoneità, e che ha ben compreso il significato di tutte le patologie citate.

In Fede