



CERTIFICATO ANAMNESTICO PER VALUTAZIONE DI IDONEITA'
alle mansioni di volontario della Pubblica Assistenza
da compilare a cura del proprio medico curante

I dati riportati sono soggetti al segreto professionale e tutelati ai sensi della normativa in materia di riservatezza dei dati personali.

COGNOME _____ NOME _____

DATA NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____

CODICE FISCALE _____

PROFESSIONE _____ CELLULARE _____

AFFEZIONI CARDIOVASCOLARI: NO PREGRESSA IN ATTO

da specificare PATOLOGIA E FARMACI:

.....

DIABETE: NO SI

.....

.....

Trattamento con insulina: NO SI

da specificare PATOLOGIA E FARMACI:

.....

MALATTIE ENDOCRINE: NO PREGRESSA IN ATTO

da specificare PATOLOGIA E FARMACI:

.....

MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO: NO PREGRESSA IN ATTO

Centrale.....

Periferico.....

Postumi invalidanti.....

Epilessia.....

Altre.....

da specificare PATOLOGIA E FARMACI:.....

TURBE PSICHICHE: NO PREGRESSA IN ATTO

Da malattie.....

Da traumatismi.....

Post-operatorie.....

Da ritardo mentale grave.....

Da psicosi.....

Della personalità.....

da specificare PATOLOGIA E FARMACI:.....

SOSTANZE PSICOATTIVE:

NO PREGRESSA IN ATTO

Abuso di alcool

Uso di stupefacenti

Uso di sostanze psicotrope

Dipendenza da alcool

Dipendenza da stupefacenti

Dipendenza da sostanze psicotrope

da specificare PATOLOGIA E FARMACI:.....

MALATTIE DEL SANGUE:

NO PREGRESSA IN ATTO

da specificare PATOLOGIA E FARMACI:

MALATTIE DELL'APPARATO OSTEO -ARTICOLARE:

NO PREGRESSA IN ATTO

da specificare PATOLOGIA E FARMACI:

MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO:

NO PREGRESSA IN ATTO

da specificare PATOLOGIA E FARMACI:

MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE:

NO PREGRESSA IN ATTO

da specificare PATOLOGIA E FARMACI:

Il sottoscritto afferma di aver fornito al proprio medico dichiarazione veritiera in merito alle malattie di cui sopra e si impegna a segnalare al Direttore Sanitario della P.A. qualsiasi variazione importante delle proprie condizioni di salute.

_____, li _____

Firma e timbro lineare del Medico curante

Si rilascia gratuitamente, per gli usi consentiti dalla legge (DM 28.02.83).

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

**A cura del Direttore Sanitario della Pa Salsomaggiore Terme ODV
GIUDIZIO SULL'IDONEITA' PSICO-FISICA**

Il Direttore Sanitario della
PA Salsomaggiore Terme Odv
Dott.ssa Cristina Marosi