

CERTIFICATO MEDICO

PER RILASCIO DELLA PATENTE NAUTICA
CONVALIDA

Marca
da
bollo

Foto

A C

Navigazione entro 12 miglia dalla costa

limitata alle sole
unità a motore

A C

Navigazione senza alcun limite dalla costa

per qualsiasi tipo
di unità

B
nave da
diporto

Si certifica che I Sig. nat a
prov. / Stato il e residente a
prov. / Stato documento di riconoscimento n.
rilasciato da il di statura cm e peso kg.

Osservazioni:
Non presenta sintomi che rivelino un suo consumo abituale o un suo stato di dipendenza da sostanze stupefacenti, psicotrope o che comunque alterino lo stato psico-fisico della persona. È 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 pregiudicare la sicurezza della navigazione in relazione al tipo di patente e al limite di distanza dalla costa richieste.

Possiede, in visione binoculare/monoculare, un visus non corretto/corretto di:

O.S.: O.D.:

Senso cromatico: Campo visivo:

Sensibilità al contrasto: Visione crepuscolare:

Percepisce la voce di conversazione con protesi acustica monoaurale
senza binaurale

a sinistra a metri: a destra a metri:

Possiede tempi di reazione a stimoli semplici e complessi (misura in decili)

Stimoli luminosi rapidità regolarità

Stimoli acustici rapidità regolarità

In conseguenza si giudica che È IDONEO per il conseguimento / la convalida
NON È IDONEO

della patente nautica di categoria per la navigazione entro 12
miglia dalla costa limitata alle sole unità a motore
per la navigazione per qualsiasi tipo di unità
senza alcun limite dalla costa

della patente nautica di categoria B per nave da diporto

obbligo di lenti (occhiali con sistema di sicurezza o lenti a contatto con occhiali di protezione)

obbligo di apparecchio acustico adattamenti

Prescrizioni:
.....

Allegati depositati agli atti: dichiarazione anamnestica dell'interessato,
.....

....., lì

Ritirato il
(firma dell'interessato)



.....
(Generalità, qualifica e firma del medico)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO ANAMNESTICO

(da firmare in presenza del medico e da allegare al certificato medico)

Il/La sottoscritto/a nato/a a (.....)
 il residente a
 nell'ambito dell'accertamento medico legale dell'idoneità al conseguimento/convalida della patente nautica

DICHIARA

in relazione agli stati patologici (e/o condizioni) di seguito elencati, che:

Sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio (pressione alta anche se normalizzata dal trattamento, pregresso infarto, angina, pregresso intervento cardochirurgico, aneurisma, aritmie, ecc.) Se si, indicare quali:	SI	NO
Sussiste diabete (mellito) Se si, specificare di quale tipo: <input type="checkbox"/> Insulino-dipendente <input type="checkbox"/> NON Insulino-dipendente (trattato con dieta con ipoglicemizzanti orali)	SI	NO
Sussistono altre patologie endocrine (ad es.: della tiroide, dei surreni, dell'ipofisi). Se si, indicare quali:	SI	NO
Soffre (ha mai sofferto) di malattie neurologiche (ad es. m. di Parkinson, emiparesi, ischemia cerebrale transitoria, sclerosi multipla, ecc.). Se si, indicare quali:	SI	NO
Soffre (ha sofferto di) turbe o patologie psichiche (ad es: ansia, depressione, allucinazioni, ecc.). Se si, Indicare quali e in quale periodo ne ha sofferto:	SI	NO
E' attualmente (è stato) in cura con tranquillanti, antidepressivi, barbiturici, sonniferi od altri farmaci psicotropi. Se si, indicare quali, il periodo di riferimento e i dosaggi:	SI	NO
Ha avuto problemi relativi ad abuso di alcolici (ad .es.: guida o comando in stato di ebbrezza, ricoveri ospedalieri, ecc). Se si, specificare di quale tipo e quando:	SI	NO
Ha fatto uso di canapa indiana, ecstasy, eroina, cocaina, amfetamine, LSD o altre droghe. Se si, specificare quando:	SI	NO
Ha subito un trauma cranico. Se si, specificare quando:	SI	NO
Soffre di epilessia o ha in passato manifestato crisi epilettiche (o convulsioni). Se si, specificare la data dell'ultima crisi e indicare la terapia eseguita:	SI	NO
Sussistono malattie del sangue. Se si, specificare quali:	SI	NO
Sussistono malattie dell'apparato uro-genitale (ad es. Insufficienza renale cronica). Se si, specificare quali:	SI	NO
Assume (o ha assunto per più di una settimana nell'ultimo anno) altre medicine oltre a quelle già dichiarate. Se si, indicare quali, il periodo di riferimento e i dosaggi:	SI	NO
Ha problemi di vista non correggibili con lenti. Se si, Indicare quali:	SI	NO
Porta lenti a contatto.	SI	NO
Ha problemi di udito.	SI	NO
Porta protesi acustiche.	SI	NO

Dichiarazione del richiedente:

Dichiaro sotto la mia personale responsabilità di aver fornito tutte le informazioni in mia conoscenza utili a definire il mio stato di salute, in particolare dichiaro di non fare abuso di alcolici, di sostanze stupefacenti o psicotrope e di non aver avuto crisi epilettiche negli ultimi due anni.

Data Firma del richiedente

DICHIARAZIONE AI SENSI DELLA LEGGE SULLA PRIVACY

Ai sensi del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196, sono stato informato del fatto che i dati personali e quelli riguardanti le mie condizioni di salute, emersi a seguito della presente visita, tutelati dal segreto d'ufficio, saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge. 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, 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 di quelli riguardanti le proprie condizioni di salute, emersi nel corso della presente visita, in una cartella clinica medico-legale, che potrà essere esaminata dal personale autorizzato, vincolato dall'obbligo del segreto d'ufficio, a seguito di qualsiasi richiesta di benefici presentata a strutture del Servizio sanitario pubblico.

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

Data Firma del dichiarante

Firma del medico ricevente l'atto: