

Certificato Anamnestico per il concorso ad agente di Polizia Locale presso il Comune di Venezia (da redigere da parte del medico di famiglia di cui all'art. 25 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 - Istituzione del Servizio sanitario nazionale, e Art. 8 del D.lgs 502 del 1992 sul riordino del SSN)

Cognome Nome			
Nato/a		prov.	il
nazionalità:	codice fiscale:		
residente in		C.A.P.	prov:
via/p.zza			n.
documento d'identità:		n.	
rilasciato in data		da	

Io sottoscritto medico di medicina generale dichiaro che la persona sopra generalizzata è suo paziente dal _____ Sulla base dei dati anamnestici riferiti e di quelli in mio possesso, degli accertamenti eseguiti e dei dati obiettivi rilevati nel corso della visita medica da me effettuata, per quanto riguarda lo stato di salute del mio assistito sopra citato, in relazione agli stati patologici di seguito elencati attesto quanto segue (barrare con una X la casella d'interesse)

PATOLOGIE	In atto	Pregressa	NO
Manifestazioni emolitiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gravi manifestazioni immunoallergiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gravi intolleranze o idiosincrasie a farmaci e/o alimenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psichiatriche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato cardiocircolatorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato respiratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato digerente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato urogenitale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato osteoartromuscolare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ORL, oftalmologiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangue e organi emopoietici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organi endocrini (tiroide, surreni, pancreas, ipofisi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabete mellito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilessia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso di sostanze psicotrope e/o stupefacenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuso di alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In caso di risposta non negativa (pregressa o in atto) specificare (quando, malattie,/lesioni/menomazioni, ricoveri, terapie) :			

Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili. Dichiaro di essere stato dettagliatamente informato circa la necessità di acquisire l'autorizzazione alla gestione delle notizie riguardanti il mio stato di salute e circa le finalità della gestione in osservanza ai dettami della vigente normativa sulla privacy. Esprimo il mio consenso affinché tutte le notizie sulla mia salute possono essere utilizzate dal medico certificatore per la gestione della procedura, che tali notizie siano detenute su supporto cartaceo e/o informatico a cura del responsabile del trattamento che si individua nel medico/struttura sanitaria che valuterà la mia idoneità psicofisica al servizio nella Polizia Locale.

Data

Firma del candidato

Data

Firma del medico-timbro