

DICHIARAZIONE DA FIRMARE IN PRESENZA DEL MEDICO ESAMINATORE

__ sottoscritt _____ nat a _____ (____) il ____/____/____
residente in _____ (____) via _____ n° _____

nell'ambito dell'accertamento medico legale dell'idoneità psicofisica al **servizio di steward negli impianti sportivi**

DICHIARA

in relazione agli stati patologici di seguito elencati, che: **(barrare la voce che risponde a VERO)**

- Attualmente assume farmaci? (se SI perché _____) SI - NO
- Ha mai avuto ricoveri o interventi chirurgici? (se SI perché _____) SI - NO
- Soffre o ha sofferto di malattie dell'apparato cardiocircolatorio? (se SI quali _____) SI - NO
- Soffre di diabete? (se SI specificare: se con complicanze neurologiche SI - NO, cardiovascolari SI - NO, oculistiche SI-NO se insulinodipendente SI - NO) SI - NO
- Soffre o ha sofferto di malattie endocrine? (se SI quali _____) SI - NO
- Soffre o ha sofferto di malattie neurologiche? (se SI quali _____) SI - NO
- Soffre o ha sofferto di turbe e/o patologie psichiche? (se SI quali _____) SI - NO
- Fa uso di sostanze psicoattive? (se SI quali _____) SI - NO
- Ha mai violato l'art. 186 (Guida sotto l'influenza dell'alcool) del Codice della Strada? SI - NO
- Ha mai violato l'art. 187 (Guida sotto l'influenza di sostanze stupefacenti) del Codice della Strada SI - NO
- Soffre o ha sofferto di epilessia o di crisi convulsive?(se SI specificare quando si è manifestata l'ultima crisi _____) SI - NO
- Soffre o ha sofferto di malattie del sangue? (se SI quali _____) SI - NO
- Soffre o ha sofferto di malattie renali gravi - insufficienza renale? (se SI specificare se effettua dialisi SI - NO e se è stato eseguito trapianto renale SI - NO) SI - NO
- Ha mai **dovuto** eseguire la visita medica per la patente di guida presso la Commissione Medica Locale? SI - NO
- Le è stata riconosciuta un'invalidità? (se SI specificare per quale _____) SI - NO
- Soffre o ha sofferto di glaucoma, retinite pigmentosa o ipovitaminosi A? SI - NO
- **In questo momento** sta usando lenti a contatto ? SI - NO
- **In questo momento** sta usando protesi acustiche ? SI - NO

Dichiaro inoltre di aver **compilato personalmente** la presente dichiarazione, di aver compreso tutti i quesiti postimi e di aver **risposto secondo verità**, previa ammonizione sulle conseguenze penali delle **false dichiarazioni rese a Pubblico Ufficiale**

data _____

FIRMA _____

(da apporre in presenza del medico esaminatore)

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 personale 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 _____