

Annesso I

Marca da bollo

CERTIFICATO MEDICO

PER RILASCIO / CONVALIDA DELLA PATENTE NAUTICA

FOTO

Form with checkboxes for navigation limits (A, C) and engine types (B, per qualsiasi tipo di unità).

Nave da diporto

Si certifica che ...l... 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 ..... 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 .....

**È IDONEO**

In conseguenza si giudica che ..... 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 senza alcun limite dalla costa ..... per qualsiasi tipo di unità .....

della patente nautica di categoria B per nave da diporto

limitata ad anni ..... di validità ai sensi del .....

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, .....

....., li .....

<p>Ritirato il .....</p> <p>..... (firma dell'interessato)</p> <p>Avverso il giudizio della commissione medica locale è ammesso il ricorso al Ministero delle infrastrutture e dei trasporti entro trenta giorni dalla data del ritiro.</p>	<p>Generalità, qualifica e firma del medico</p> <p>OPPURE</p> <p>LA COMMISSIONE MEDICA LOCALE</p> <p>Presidente .....</p> <p>Membro .....</p> <p>Membro .....</p>
---	---



## Annesso II

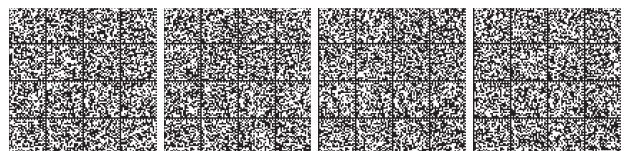
**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO ANAMNESTICO**  
(da firmare in presenza del medico)

..... sottoscritt.....  
 nat..... a ..... prov./Stato .....  
 il ..... e residente a .....  
 prov./Stato ..... documento di riconoscimento .....  
 n. .... rilasciato da .....  
 nell'ambito dell'accertamento medico-legale dell'idoneità psicofisica al  
 conseguimento/convalida della patente nautica di categoria ..... per .....

**DICHIARA**

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

Sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio ( <i>pressione alta anche normalizzata da trattamento, pregresso infarto, angina, pregresso intervento cardiocirurgico, aneurisma, aritmie, ecc.</i> ) Se si, indicare quali:	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Sussiste diabete (mellito) Se si, specificare di quale tipo: insulino-dipendente NON insulino-dipendente (trattato con dieta o ipoglicemizzanti orali)	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Sussistono altre patologie endocrine ( <i>della tiroide, dei surreni, dell'ipofisi, ecc.</i> ) Se si, indicare quali:	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Soffre (ha mai sofferto) di malattie neurologiche ( <i>morbo di Parkinson, emiparesi ischemia cerebrale transitoria, sclerosi multipla, ecc.</i> ) Se si, indicare quali:	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Soffre (ha sofferto di) disturbi o patologie psichiche ( <i>ansia, depressione, disturbo ossessivo-compulsivo, allucinazioni, ecc.</i> ) Se si, indicare quali e quando ne ha sofferto:	<b>SI</b>	<b>NO</b>
È attualmente (è stato) in cura con tranquillanti, antidepressivi, barbiturici, sonniferi o altri farmaci psicotropi Se si, indicare quali, il periodo di trattamento e i dosaggi	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Ha avuto problemi relativi ad abuso di alcolici ( <i>guida o comando di unità da diporto in stato di ebbrezza, ricoveri ospedalieri, ecc.</i> ) Se si, specificare di quale tipo e quando	<b>SI</b>	<b>NO</b>



Ha fatto uso di canapa indiana, ecstasy, eroina, cocaina, amfetamine, LSD o altre droghe. Se sì, specificare quando:	SI	NO
Ha subito un trauma cranico. Se sì, specificare quando:	SI	NO
Soffre di epilessia o ha manifestato crisi epilettiche (o convulsioni). Se sì, specificare la data dell'ultima crisi e indicare la terapia eseguita:	SI	NO
Sussistono malattie del sangue. Se sì, specificare quali:	SI	NO
Sussistono malattie dell'apparato uro-genitale ( <i>insufficienza renale cronica, ecc.</i> ). Se sì, specificare quali:	SI	NO
Assume (o ha assunto per più di una settimana nell'ultimo anno) altre medicine oltre a quelle già dichiarate. Se sì, indicare quali, il periodo di trattamento e i dosaggi:	SI	NO
Ha problemi della vista non correggibili con lenti. Se sì, indicare quali:	SI	NO
Porta lenti a contatto.	SI	NO
Ha problemi di udito.	SI	NO
Porta protesi acustiche.	SI	NO

<i>Dichiarazione del richiedente</i>	
Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi contenenti dati non più rispondenti a verità, dichiara sotto la sua personale responsabilità di aver fornito tutte le informazioni in sua conoscenza utili a definire il proprio stato di salute. In particolare dichiara di non fare abuso di alcolici, e/o di sostanze stupefacenti o psicotrope, e di non aver avuto crisi epilettiche negli ultimi due anni.	
Luogo e data	Firma del richiedente

**DICHIARAZIONE AI SENSI DELLA LEGGE SULLA PRIVACY**

Ai sensi del d.lgs. 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. I predetti dati 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 all'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.

....., li ..... Firma del dichiarante .....  
 (da firmare in presenza del medico)  
 Firma del medico ricevente l'atto .....

