

**QUESTIONARIO ANAMNESTICO
AUTOCERTIFICAZIONE SULLE CONDIZIONI CLINICHE DEL CANDIDATO**

Il/La Sottoscritto/a _____
CODICE FISCALE _____

Dichiara sotto la propria responsabilità di essere a conoscenza dello stato dei seguenti organi e apparati

SUSSISTONO PATOLOGIE DELL'APPARATO CARDIO-CIRCOLATORIO E /O VASCOLARE (Es.: ipertensione, anche se normalizzata dal trattamento; pregresso infarto; angina; pregresso intervento cardiocirurgico; aneurisma; aritmie)? Se sì, INDICARE QUALI:	SÌ	NO
SUSSISTE DIABETE MELLITO Se sì, SPECIFICARE se: Insulinodipendente <input type="checkbox"/> Trattato con dieta o ipoglicemizzanti orali <input type="checkbox"/>	SÌ	NO
SOFFRE (HA MAI SOFFERTO) DI MALATTIE NEUROLOGICHE (es. morbo di Parkinson, emiparesi, ischemia cerebrale, sclerosi multipla, ecc.)? Se sì, INDICARE QUALI:	SÌ	NO
SUSSISTONO (HA MAI SOFFERTO) DI TURBE E/O PATOLOGIE DELLA SFERA PSICHICA (es. ansia, depressione, allucinazioni, ecc.)? Se sì, SPECIFICARE QUALI ed in che periodo ne ha sofferto:	SÌ	NO
E' ATTUALMENTE (E' STATO) IN CURA CON TRANQUILLANTI, ANTIDEPRESSIVI, BARBITURICI, SONNIFERI E/O ALTRI FARMACI PSICOTROPI (Fa uso di sostanze psicoattive?) - Se sì, INDICARE QUALI, in che periodo ed a quali dosaggi:	SÌ	NO
HA MAI AVUTO PROBLEMI RELATIVI AD ABUSO DI ALCOOLICI (ad esempio guida in stato di ebbrezza etc.) Se sì, SPECIFICARE quale tipo ed in che periodo:	SÌ	NO
SUSSISTONO PATOLOGIE A CARICO DELL'APPARATO URO-GENITALE: (ad esempio insufficienza renale grave etc.) Se sì Specificare quali e in che periodo:	SÌ	NO
SOFFRE DI EPILESSIA E/O HA MAI MANIFESTATO IN PASSATO CRISI EPILETTICHE O CONVULSIONI? Se sì, specificare data ultimo episodio (quando si è manifestata l' ultima) Se sì, SPECIFICARE la terapia seguita:	SÌ	NO
SOFFRE DI MALATTIE DEL SANGUE ED ORGANI EMOPOIETICI: Sindromi emofiliche, linfomi o leucemie in trattamento (specificare)	SÌ	NO
SUSSISTONO PATOLOGIE A CARICO DELL'APPARATO OSTE-ARTICOLARE: gravi alterazioni anatomiche o funzionali (Se sì, specificare diagnosi):	SÌ	NO
SUSSISTONO PATOLOGIE A CARICO DEGLI ORGANI DI SENSO: gravi patologie visive e/o auditive evolutive (Se sì, specificare diagnosi)	SÌ	NO

Data _____

Il candidato con la sua firma attesta di aver rilasciato dichiarazioni veritiere

Firma del candidato o di chi ne esercita la responsabilità genitoriale _____