

Annesso I

Marca da bollo

CERTIFICATO MEDICO

PER RILASCIO DELLA PATENTE NAUTICA
CONVALIDA

FOTO

<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C Navigazione entro 12 miglia dalla costa	<input type="checkbox"/> limitata alle sole unità a motore
<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C Navigazione senza alcun limite dalla costa	<input type="checkbox"/> per qualsiasi tipo di unità

B
Nave da diporto

Si certifica chel.... 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
protesi acustica
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

Table with 2 columns: 'Ritirato il' and 'Generalità, qualifica e firma del medico'. Includes fields for signature, date, and commission details.



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 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 (<i>insufficienza renale cronica, ecc.</i>). 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 trattamento e i dosaggi:	SI	NO
Ha problemi della 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

<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

