

Annesso I

Marca da bollo

CERTIFICATO MEDICO

PER RILASCIO
CONVALIDA DELLA PATENTE NAUTICA

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
 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

Ritirato il (firma dell'interessato) 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.	Generalità, qualifica e firma del medico OPPURE LA COMMISSIONE MEDICA LOCALE Presidente Membro Membro
---	--



Annexo 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:	SI	NO
Sussiste diabete (mellito) Se si, specificare di quale tipo: insulino-dipendente NON insulino-dipendente (trattato con dieta o ipoglicemizzanti orali)	SI	NO
Sussistono altre patologie endocrine (<i>della tiroide, dei surreni, dell'ipofisi, ecc.</i>). Se si, indicare quali:	SI	NO
Soffre (ha mai sofferto) di malattie neurologiche (<i>morbo di Parkinson, emiparesi ischemia cerebrale transitoria, sclerosi multipla, ecc.</i>) Se si, indicare quali:	SI	NO
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:	SI	NO
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	SI	NO
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	SI	NO



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

