

# CERTIFICATO MEDICO

PER  $\frac{\text{RILASCIO}}{\text{CONVALIDA}}$  DELLA PATENTE NAUTICA



<input type="checkbox"/>	Navigazione entro 12 miglia dalla costa	at <input type="checkbox"/> alle unità a motore
<input type="checkbox"/>	Navigazione senza alcun limite dalla costa	tutti i tipi di unità <input type="checkbox"/>

Nave da diporto

Si certifica che ...l... Sig. ....  
 nat...a ..... il .....  
 documento di riconoscimento ..... n .....  
 rilasciato da ..... il .....  
 di statura ..... e peso .....

**Osservazioni:**.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

**Non presenta sintomi che lo rivelino fare consumo abituale o essere in stato di dipendenza da sostanze stupefacenti, psicotrope o che comunque alterino lo stato psico-fisico della persona. E' 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 comunque pregiudicare la sicurezza della navigazione in relazione al tipo di patente richiesta e al limite di distanza dalla costa.**

Possiede all'occhio destro all'occhio sinistro

ad occhio nudo .....  
a rifrazione corretta .....  
grado di rifrazione .....

senso cromatico ..... campo visivo: O.D..... O.S.....  
sensibilità al contrasto: O.D..... O.S.....

visione binoculare ..... visione crepuscolare - notturna O.D..... OS: .....

---

con monoaurale  
Percepisce la voce di conversazione ----- protesi acustica -----  
senza binaurale  
a destra a metri ..... a sinistra a metri .....

---

Possiede tempi di reazione a stimoli semplici (misura in decili)  
stimoli luminosi rapidità ..... regolarità .....  
stimoli acustici rapidità ..... regolarità .....

---

**E' IDONEO**

In conseguenza si giudica che ----- per il conseguimento / la convalida

**NON E' IDONEO**

della patente nautica di categoria .....,  
per la navigazione entro 12 miglia dalla costa limitata alle sole unità a motore  
senza alcun limite dalla costa per tutti tipi di unità.

della patente nautica per nave da diporto.

**Eventuali limiti di durata: patente nautica limitata ad anni \_\_\_\_\_ ai sensi del**

obbligo di lenti  obbligo di apparecchio acustico  adattamenti  
prescrizioni .....

Allegati depositati agli atti: dichiarazione anamnestica dell'interessato,

.....li..... Generalità, qualifica e firma del medico  
Ritirato il .....  
.....  
(firma dell'interessato) OPPURE

LA COMMISSIONE MEDICA LOCALE  
Presidente .....  
Membro .....  
Membro .....

Avverso il giudizio della commissione medica locale è ammesso ricorso al Ministero delle infrastrutture e dei trasporti entro trenta giorni dalla data del ritiro.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO ANAMNESTICO  
(da firmare in presenza del medico e da allegare al certificato medico)

Il/La sottoscritto/a

\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

nell'ambito dell'accertamento medico legale dell'idoneità psicofisica al conseguimento/convalida della patente nautica \_\_\_\_\_

DICHIARA

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

Sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio ( <i>pressione alta anche se normalizzata dal trattamento, pregresso infarto, angina, pregresso intervento cardiocirurgico, aneurisma, aritmie, ecc.</i> ). Se sì, indicare quali:	SI	NO
Sussiste diabete (mellito) Se sì, specificare di quale tipo: <input type="checkbox"/> Insulino-dipendente <input type="checkbox"/> NON Insulino-dipendente (trattato con dieta o ipoglicemizzanti orali)	SI	NO
Sussistono altre patologie endocrine ( <i>ad es.: della tiroide, dei surreni, dell'ipofisi</i> ). Se sì, indicare quali:	SI	NO
Soffre (ha mai sofferto) di malattie neurologiche ( <i>ad es.: m. di Parkinson, emiparesi, ischemia cerebrale transitoria, sclerosi multipla, ecc.</i> ). Se sì, indicare quali:	SI	NO
Soffre (ha sofferto di) turbe o patologie psichiche ( <i>ad es.: ansia, depressione, allucinazioni, ecc.</i> ). Se sì, indicare quali e in quale periodo ne ha sofferto:	SI	NO
E' attualmente (è stato) in cura con tranquillanti, antidepressivi, barbiturici, sonniferi od altri farmaci psicotropi Se sì, indicare quali, il periodo di riferimento e i dosaggi:	SI	NO
Ha avuto problemi relativi ad abuso di alcolici ( <i>ad .es.: guida o comando in stato di ebbrezza, ricoveri ospedalieri, ecc.</i> ) Se sì, 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 in passato 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 (ad es. <i>Insufficienza renale cronica</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 riferimento e i dosaggi:	SI	NO
Ha problemi di 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

Dichiarazione del richiedente

Dichiaro sotto la mia personale responsabilità di aver fornito tutte le informazioni in mia conoscenza utili a definire il mio stato di salute, in particolare dichiaro di non fare abuso di alcolici, di sostanze stupefacenti o psicotrope e di non aver avuto crisi epilettiche negli ultimi due anni.

Data

Firma del richiedente

**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 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 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 del dichiarante .....  
(da firmare in presenza del medico)

Firma del medico ricevente l'atto .....

