

Marca
da
bollo

CERTIFICATO MEDICO

PER RILASCIO
CONVALIDA DELLA PATENTE NAUTICA

FOTO

☐ A ☐ C ☐ D2
Navigazione entro 12 miglia di distanza dalla costa

☐ limitata alle sole
unità a motore

☐ B
Nave da
diporto

☐ A ☐ C ☐ D2
Navigazione senza alcun limite di distanza dalla costa

☐ per qualsiasi tipo
di unità

☐ D1

SI CERTIFICA CHE

__ Sig./Sig.ra _____,
nat__ a _____, il __/__/____,
provincia/Stato _____, cittadinanza _____,
codice fiscale _____, residente a _____,
provincia/Stato _____, documento di identità/riconoscimento
_____ numero _____ rilasciato da _____

In conseguenza dell'accertamento medico-legale, è giudicato
☐ IDONEO ☐ NON IDONEO
per il conseguimento / la convalida della patente nautica indicata in prospetto.

VALIDITÀ DELLA PATENTE NAUTICA: anni _____

☐ NESSUNA PRESCRIZIONE ☐ OBBLIGO DI LENTI (occhiali con sistema di sicurezza o lenti a contatto con occhiali di protezione)
☐ OBBLIGO DI PROTESI ACUSTICA

ALTRE PRESCRIZIONI _____

LIMITAZIONI _____

ADATTAMENTI _____

ANNOTAZIONI _____

Il __/__/____

Timbro e firma e del medico certificatore

Ritirato il __/__/____

(firma dell'interessato)

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLA PROTEZIONE DELLE PERSONE FISICHE CON RIGUARDO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, NONCHÉ ALLA LIBERA CIRCOLAZIONE DI TALI DATI
Ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, come modificato dal decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, nonché del regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), sono stato informato del fatto che i dati personali
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.

Il sottoscritto _____ (*) autorizza il personale de _____, in caso di necessità, ad esaminare ed estrarre copia della
documentazione sanitaria che lo riguarda, conservata presso strutture pubbliche e private. 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 al segreto d'ufficio, a seguito di qualsiasi richiesta di benefici presentata a strutture del Servizio Sanitario Nazionale.
(*) INDICARE "NON" IN CASO DI NEGATA AUTORIZZAZIONE.

Data __/__/____

Firma del dichiarante _____
(da firmare in presenza del medico)

VISTA la sottoelencata documentazione prodotta e acquisita agli atti:

- ☐ dichiarazione anamnestica, sottoscritta dall'interessato/a in mia presenza, ed eventuali allegati
- ☐ certificazione del costruttore attestante le caratteristiche tecniche e l'efficienza delle protesi acustiche utilizzate dall'interessato
- ☐ certificazione/i specialistica/che (3): _____

CONSIDERATO che l'interessato/a non presenta sintomi che rivelino abuso o stato di dipendenza d'abitudine alcoliche e/o consumo o stato di dipendenza da sostanze stupefacenti, psicotrope o che comunque alterino lo stato psico-fisico della persona

VERIFICATO che l'interessato/o:

PRESENTA obiettività clinica di malattie fisiche o psichiche in atto, e/o anomalie della conformazione o dello sviluppo somatico, e/o deficienze organiche o minorazioni anatomiche o funzionali, che possono pregiudicare la sicurezza della navigazione da diporto in relazione al tipo di patente nautica richiesta SI ☐ NO ☐

PRESENTA obiettività clinica e precedenti anamnestici, che propendono per la presenza di malattie progressive della vista, che richiedono accertamenti strumentali del campo visivo (2) SI ☐ NO ☐

PRESENTA, ai test clinici di screening, alterazioni richiedenti approfondimenti diagnostici specialistici:

- del senso cromatico (2) SI ☐ NO ☐
- della sensibilità al contrasto (2) SI ☐ NO ☐
- del campo visivo(2) SI ☐ NO ☐
- della visione crepuscolare (2) SI ☐ NO ☐

POSSIEDE acuità visiva in visione (2) Naturale ☐ Corretta ☐ Binoculare ☐ Monoculare ☐

OCCHIO DESTRO	0/10	LUCE	1/10	2/10	3/10	4/10	5/10	6/10	7/10	8/10	9/10	10/10
OCCHIO SINISTRO	0/10	LUCE	1/10	2/10	3/10	4/10	5/10	6/10	7/10	8/10	9/10	10/10

La condizione di vista monoculare è organica (1) ed è posseduta da un periodo > a 6 mesi, tale da aver consentito l'adattamento.
funzionale

Percepisce la voce di conversazione a metri ☐ 2 ☐ 4 ☐ 8 a dx ed a metri ☐ 2 ☐ 4 ☐ 8 a sx senza (1) protesi monoculturale (1) acustica.
con binaurale

Possiede tempi di reazione a stimoli, semplici e complessi luminosi e acustici, sufficientemente rapidi e regolari (2) SI ☐ NO ☐

SI GIUDICA IL SIG./LA SIG.RA _____

IDONEO/A. ☐ NON IDONEO/A ☐ (1)

per il conseguimento/la convalida della patente nautica di categoria _____, tipo _____, con le seguenti indicazioni (2):

☐ NESSUNA PRESCRIZIONE ☐ OBBLIGO LENTI ☐ OBBLIGO PROTESI ACUSTICA VALIDITÀ DELLA PATENTE LIMITATA AD ANNI _____

ALTRE PRESCRIZIONI _____

LIMITAZIONI _____

ANNOTAZIONI _____

Data ____/____/____

Timbro e firma e del medico certificatore

(1) Cancellare la parte che non interessa (2) Contrassegnare con X la voce (o le voci) di interesse (3) Diabetologica, neurologica, oculistica, ecc.

Esame eseguito presso:

**Euromedica Assistance srl. – viale Bligny 11 – 20136 Milano
PI e CF: 08163830964**

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLA PROTEZIONE DELLE PERSONE FISICHE CON RIGUARDO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, NONCHÉ ALLA LIBERA CIRCOLAZIONE DI TALI DATI
Ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, come modificato dal decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, nonché del regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), 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.

Il sottoscritto _____ (*) autorizza il personale di _____, in caso di necessità, ad esaminare ed estrarre copia della documentazione sanitaria che lo riguarda, conservata presso strutture pubbliche e private. 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 al segreto d'ufficio, a seguito di qualsiasi richiesta di benefici presentata a strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

(*) INDICARE "NON" IN CASO DI NEGATA AUTORIZZAZIONE.

Data ____/____/____

Firma del dichiarante _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO ANAMNESTICO

(da firmare in presenza del medico)

sottoscritt _____, nat _____ a _____
_____/_____/_____, provincia/Stato _____, cittadinanza _____, codice fiscale _____
esidente a _____, provincia/Stato _____, documento di identità/riconoscimento
_____ numero _____ rilasciato da _____ nell'ambito dell'accertamento medico-legale di idoneità psichica
fisica al conseguimento/convalida della patente nautica di categoria _____, tipo _____.

DICHIARA

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

Sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio. Se sì, indicare quali: _____ Acquisire e conservare il certificato rilasciato dallo specialista cardiologo.	SI	NO
Sussistono patologie dell'apparato respiratorio. Se sì, indicare quali: _____ Acquisire e conservare il certificato rilasciato dallo specialista cardiologo.	SI	NO
Sussiste diabete (mellito). Se sì, specificare di quale tipo: ☐ insulino-dipendente ☐ NON insulino-dipendente (trattato con dieta o ipoglicemizzanti orali). Acquisire e conservare il certificato rilasciato dallo specialista diabetologo	SI	NO
Sussistono patologie endocrine. Se sì, indicare quali: _____ Acquisire e conservare il certificato rilasciato dallo specialista endocrinologo.	SI	NO
Soffre o ha sofferto di disturbi psicologici o di patologie psichiche (ad es.: ansia, attacchi di panico, depressione, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo borderline, disturbo da stress post traumatico, psicosi, paranoia, schizofrenia, disturbo dello spettro autistico...). Se sì, indicare quali e in quale periodo: _____ Acquisire e conservare il certificato rilasciato dallo specialista neurologo o psichiatra.	SI	NO
È o è stato in terapia con barbiturici, sonniferi, tranquillanti, correttori dell'umore, antidepressivi, ansiolitici, antipsicotici o altri farmaci ad effetto psicotropo. Se sì, indicare quali, il periodo di riferimento e la posologia: _____ Acquisire e conservare il certificato rilasciato dallo specialista neurologo o psichiatra.	SI	NO
Ha o ha avuto problemi relativi ad abuso di alcolici (ad es.: guida o comando di unità da diporto in stato di ebbrezza, ricoveri ospedalieri, terapie di disintossicazione o di cura della dipendenza...). Se sì, specificare di quale tipo e quando: _____ Acquisire e conservare la relativa documentazione sanitaria.	SI	NO
Fa uso di derivati della cannabis, ecstasy, eroina, cocaina, [meta]amfetamine, LSD, MDM o altre sostanze stupefacenti o psicotrope. Segue percorsi di disintossicazione o di cura della dipendenza. Se sì, specificare di quale tipo e quando: _____ Acquisire e conservare la relativa documentazione sanitaria.	SI	NO
Ha subito un trauma cranico. Se sì, specificare quando: _____ Eventuali accertamenti o terapie: _____ Acquisire e conservare il certificato rilasciato dallo specialista neurologo traumatologo	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: _____ Acquisire e conservare il certificato rilasciato dallo specialista neurologo o psichiatra.	SI	NO
È soggetto con disturbi specifici dell'apprendimento (DSA)? Se sì, specificare la tipologia: _____ Acquisire e conservare copia del certificato di diagnosi di DSA.	SI	NO
Sussistono malattie del sangue. Se sì, specificare quali: _____ Acquisire e conservare il certificato rilasciato dallo specialista ematologo.	SI	NO
Sussistono malattie dell'apparato uro-genitale (ad es. insufficienza renale cronica, tubolopatie, ...) Se sì, specificare la gravità (LIEVE, MODERATA o GRAVE): _____ Acquisire e conservare il certificato rilasciato dallo specialista nefrologo o urologo.	SI	NO
Sussistono o sono sussistite patologie oncologiche. Se sì quali: _____ Eventuale terapia pregressa o in atto: _____ Acquisire e conservare il certificato rilasciato dallo specialista oncologo.	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 il dosaggio: _____	SI	NO
Ha problemi di vista non correggibili con lenti. Se sì, indicare quali: _____ Acquisire e conservare il certificato rilasciato dallo specialista oculista.	SI	NO
Porta lenti a contatto di tipo _____	SI	NO
Ha problemi di udito. Soffre o ha sofferto di patologie vestibolari gravi (neurinoma, neuriti, emicrania vestibolare ecc.).	SI	NO
Porta protesi acustiche di tipo _____	SI	NO

Dichiarazione del richiedente

Il richiedente, consapevole delle sanzioni penali e della perdita degli eventuali benefici previsti dagli articoli 75 e 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti informazioni non più corrispondenti 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 di non assumere sostanze stupefacenti o psicotrope.

_____, lì ____/____/____

Firma del richiedente
