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 cardiochirurgico; aneurisma; aritmie)	SI	NO
SUSSISTE DIABETE MELLITO? Se si SPECIFICARE se: Insulinodipendente ☐ Trattato con dieta o ipoglicemizzanti orali ☐	SI	NO
SOFFRE (o HA MAI SOFFERTO) DI MALATTIE NEUROLOGICHE? (es. morbo di Parkinson, emiparesi, ischemia cerebrale, sclerosi multipla, ecc.) Se si INDICARE QUALI:_____	SI	NO
SUSSISTONO (O HA MAI SOFFERTO) DI TURBE E/O PATOLOGIE DELLA SFERA PSICHICA? (es. ansia, depressione, allucinazioni, ecc.) Se si SPECIFICARE QUALI ed in che periodo ne ha sofferto: _____	SI	NO
È ATTUALMENTE (O È STATO) IN CURA CON TRANQUILLANTI, ANTIDEPRESSIVI, BARBITURICI, SONNIFERI E/O ALTRI FARMACI PSICOTROPI? (Fa uso di sostanze psicoattive?) Se si INDICARE QUALI in che periodo ed a quali dosaggi:_____	SI	NO
HA MAI AVUTO PROBLEMI RELATIVI AD ABUSO DI ALCOOLICI? (Es: guida in stato di ebbrezza) Se si SPECIFICARE quale tipo ed in che periodo:_____	SI	NO
SUSSISTONO PATOLOGIE A CARICO DELL'APPARATO URO-GENITALE? (ad esempio insufficienza renale grave etc.) Se si Specificare quali e in che periodo: _____	SI	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 si SPECIFICARE la terapia seguita:_____	SI	NO
SOFFRE DI MALATTIE DEL SANGUE ED ORGANI EMOPOIETICI? (ad esempio Sindromi emofiliche, linfomi o leucemie in trattamento) Se si specificare: _____	SI	NO
SUSSISTONO PATOLOGIE A CARICO DELL'APPARATO OSTE-ARTICOLARE? (ad esempio gravi alterazioni anatomiche o funzionali) Se sì, specificare diagnosi: _____	SI	NO
SUSSISTONO PATOLOGIE A CARICO DEGLI ORGANI DI SENSO? (ad esempio gravi patologie visive e/o auditive evolutive) Se sì, specificare diagnosi: _____	SI	NO

Modello conforme all'allegato 1 del Regolamento di attuazione dell'articolo 6 della legge regionale 30 dicembre 2019, n. 83 (Disciplina delle autorizzazioni e della vigilanza sulle attività di trasporto sanitario).
Il candidato con la sua firma attesta di aver rilasciato dichiarazioni veritiere

Firenze, ___/___/____

Firma del candidato (o di chi ne esercita la responsabilità genitoriale)

_____