



Via Ariosto, 9 – 00185 – Roma – Tel.: 06/77301.
Cas. Post. 2478 – C.F. e P. IVA 04735671002
Unità Organizzativa Medicina Legale
00198 Roma

AUTOCERTIFICAZIONE DA FIRMARE IN PRESENZA DEL MEDICO ESAMINATORE

Cognome _____ Nome _____

nato a _____ il _____

residente a _____ via _____ n° _____

telefono _____

consapevole della responsabilità civile e penale nel caso di dichiarazione mendace in relazione all'accertamento medico legale per ottenere certificazione medica ad uso _____

dichiaro di aver sofferto nel passato o che sono attualmente presenti le seguenti condizioni di malattia:

1 Malattie cardiache infarto miocardio/angina/vizi valvolari/dispnea/endocardite/aritmie	SI NO
2 Malattie vascolari varici/ trombi/ ipertensione/ disturbi di circolazione	SI NO
3 Malattie polmonari tubercolosi/asma/enfisema/bronchite cronica	SI NO
4 Malattie epatiche epatite/cirrosi/calcolosi della colecisti	SI NO
5 Malattie renali calcolosi/ glomerulonefrite	SI NO
6 Malattie metaboliche diabete/intolleranze a componenti alimentari	SI NO
7 Malattie neurologiche epilessia/ictus /paresi/parkinson	SI NO
8 Malattie della tiroide	SI NO
9 Malattie oculari	SI NO
10 Malattie delle ossa	SI NO
11 Malattie del sangue	SI NO
12 Malattie muscolari	SI NO
13 Malattie psichiatriche	SI NO
14 Di essere in gravidanza	SI NO
15 Di aver subito interventi chirurgici	SI NO
16 Che sono presenti malformazioni	SI NO
17 Di far uso di sostanze alcool/droghe/farmaci	SI NO
18 Di essere stato riconosciuto invalido civile/del lavoro/per servizio	SI NO
19 Di aver subito incidenti	SI NO

Sono presenti altre condizioni di malattia : _____

Roma _____

FIRMA _____