

DICHIARAZIONE

DA FIRMARE IN PRESENZA DEL MEDICO

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Prov. _____ Via _____ n° _____

Professione _____ telefono _____

Nell'ambito della visita di idoneità al servizio di volontario CRI

DICHIARA

(Di propria mano rispondere con una croce il caso che ricorre e in caso affermativo specificare la patologia)
preventivamente richiesto in maniera per lui chiara e comprensibile in relazione agli stati patologici
di seguito elencati che:

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Sussistono INVALIDITA' riconosciute (INAIL, INPS, INVALIDITA' CIVILE, etc...)?
Se si, indicare quali e la percentuale riconosciuta _____ | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| E' mai stato sottoposto ad interventi chirurgici? Se si, per quale affezione? _____ | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Fa uso di lenti a contatto? _____ | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Sussistono malattie degli occhi? (glaucoma, retinite pigmentosa, etc...) _____ | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Fa uso di protesi degli arti? Se si, protesi sostitutiva d'amputazione o artroprotesi? _____ | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Fa uso di protesi acustiche? _____ | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Sussistono patologie dell'apparato cardiocircolatorio?
Se si, quali? (infarto, protesi valvolare, aritmie, ipertensione, etc.) _____ | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Sussiste diabete? E' insulinodipendente o complicato (vedi allegato)? _____ | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Sussistono altre patologie endocrine (ormonali)? Se si, quali? _____ | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Sussistono turbe e/o patologie psichiche e neurologiche? Se si, quali? _____ | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Fa o ha fatto uso di medicine che agiscono sul sistema nervoso? Se si, quali? _____ | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Fa o ha fatto uso di sostanze psicoattive o alcolici o stupefacenti? _____ | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Soffre di epilessia o ha mai manifestato crisi epilettiche?
Se si, quando si è manifestata l'ultima crisi? _____ | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Sussistono malattie del sangue o dell'apparato urogenitale? Se si, quali? _____ | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

Ai sensi della legge 675/96 si autorizza con la presente l'utilizzo dei dati qui riportati nel rispetto della citata legge e con tutti gli obblighi di riservatezza dovuti.

DATA

FIRMA (chiara, estesa e leggibile)
