

QUESTIONARIO ANAMESTICO

IL/LA SIG./SIG.RA _____

CODICE FISCALE _____

DICHIARA SOTTO LA SUA RESPONSABILITA' DI ESSERE A CONOSCENZA DELLO STATO DEI SEGUENTI ORGANI ED APPARATI

APPARATO CARDIO-CIRCOLATORIO (Se sì, specificare diagnosi)	SI	NO
DIABETE MELLITO	SI	NO
SISTEMA ENDOCRINO (Se sì, specificare diagnosi)	SI	NO
SISTEMA NEUROLOGICO (Se sì, specificare diagnosi)	SI	NO
PATOLOGIE PSICHICHE (Se sì, specificare diagnosi)	SI	NO
EPILESSIA	SI	NO
CONDIZIONI DI DIPENDENZA DA ALCOL E/O SOSTANZE STUPEFACENTI O PSICOTROPE	SI	NO
APPARATO URO-GENITALE: insufficienza renale grave	SI	NO
SANGUE ED ORGANI EMOPOIETICI: Sindromi emofiliche, linfomi o leucemie in trattamento (specificare)	SI	NO
APPARATO OSTE-ARTICOLARE: gravi alterazioni anatomiche o funzionali	SI	NO
ORGANI DI SENSO: gravi patologie visive ed auditive evolutive	SI	NO

DATA _____

IL CANDIDATO CON LA SUA FIRMA DICHIARA DI AVER RILASCIATO VERITIERE DICHIARAZIONI ALLA ASSOCIAZIONE

FIRMA DEL VOLONTARIO

FIRMA DI CHI ESERCITA LA PATRIA POTESTA' (in caso di minore)

N.B. in caso di una o più risposte positive il presente questionario deve essere integrato da specifica certificazione medica di assenza di controindicazione allo svolgimento delle mansioni previste.