

# MARINA MILITARE

## ANAMNESI

(SCRIVERE IN STAMPATELLO CON COLORE NERO O BLU)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### AVVERTENZA

Di seguito è riportata una serie di domande intese ad evidenziare, attraverso i Suoi ricordi, elementi di grande importanza per la verifica del Suo stato di salute. È quindi essenziale che Ella, nel Suo precipuo interesse, risponda con la massima sincerità. Ad alcuni quesiti sarà sufficiente rispondere SI o NO (barrando la relativa casella) nel caso in cui la risposta sia, rispettivamente, affermativa o negativa. Altri quesiti richiedono anche di specificare, se ne è a conoscenza e/o ne ha memoria, ulteriori elementi d'informazione.

Il seguente modulo, debitamente compilato in ogni sua parte sarà necessario a ricevere il nulla osta sanitario all'imbarco.

**In caso di dubbi nella compilazione non esiti a rivolgersi al personale sanitario che le fornirà ogni chiarimento.**

- pratica attività fisica (anche se attività ginnico-sportiva autogestita): SI  NO

A TAL PROPOSITO SI RICORDA CHE SARÀ NECESSARIO PORTARE AL SEGUITO ALMENO UN CERTIFICATO DI IDONEITÀ SPORTIVA NON AGONISTICA PER POTER SVOLGERE ATTIVITÀ FISICA A BORDO.

- fuma? SI  NO

• se fuma, cosa? (sigarette, sigari, etc.) \_\_\_\_\_; quanto? (numero al giorno): \_\_\_\_\_;

• Se fuma, da quanti anni? \_\_\_\_\_;

• Consuma alcolici (vino/birra)? SI  \_\_\_\_\_ NO

• Consuma superalcolici? SI  \_\_\_\_\_ NO

• Ha mai assunto sostanze stupefacenti per motivi terapeutici? SI  NO

• Ha mai assunto sostanze stupefacenti per motivi **non** terapeutici? SI  NO

• Ha mai avuto comportamenti sessuali a rischio di trasmissione di malattie infettive (rapporti promiscui e/o non protetti)? SI  NO n. \_\_\_\_\_

## **Anamnesi patologica remota:**

• Ha sofferto di una o più di queste malattie?: Morbillo ; Varicella ; Rosolia ; Scarlattina   
; Parotite ; Pertosse ; Epatite  Tifo ; Gastrite ; Ulcera ; Calcolosi

• Soffre di altre patologie degne di nota? \_\_\_\_\_  
di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

• E' stato/a sottoposto/a ad interventi chirurgici?: SI ; NO   
se SI specificare tipo di intervento ed anno \_\_\_\_\_

• (solo per personale femminile): ha avuto aborti o interruzioni volontarie di gravidanza? SI  NO   
(Specificare) \_\_\_\_\_;

• Ha ricevuto trasfusioni di sangue e/o emoderivati? SI ; NO

• E' allergico/a? SI  (Specificare nel dettaglio tipologia di allergene e sintomatologia riscontrata al  
contatto con esso)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NO

## **Anamnesi patologica prossima:**

• Attualmente è in buona salute? SI  NO   
se NO, specificare \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

• Attualmente si sente bene? SI  NO   
se NO, specificare \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

• Attualmente è in cura dal Suo Medico? SI  NO   
se SI, specificare \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

• Attualmente assume farmaci? SI  NO   
se SI, specificare \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

• Attualmente è sottoposto/a a cure non farmacologiche? SI  NO   
se SI, specificare \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE

Io sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace e di falsità in atti, così come stabilito dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n° 445, e consapevole dei doveri di cui al Libro IV, Titolo VIII, Capo I (doveri dei militari), Sezione I (doveri generali), del D.P.R. 15 marzo 2010 n° 90, "Testo Unico delle disposizioni regolamentari in materia di Ordinamento militare", con particolare riferimento all'articolo 718, comma 1 (dovere di conservare e migliorare le proprie conoscenze e capacità psico-fisiche) ed all'articolo 748, comma 5, lettera b) (dovere di comunicare al Comando/Ente di appartenenza ogni evento personale che può avere riflessi sul servizio),

## DICHIARO

sotto la mia piena responsabilità che quanto sopra riportato risponde a verità e nego di essere a conoscenza di altre patologie pregresse o in atto, oltre quelle dichiarate.

Bordo, li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### Informativa ai sensi del D. Lgs. n° 196 del 30/06/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali)

#### **Gentile utente,**

desideriamo informarla che il decreto in epigrafe stabilisce che il trattamento dei dati personali, ed in particolare di quelli riguardanti lo stato di salute, si deve svolgere nel rispetto dei diritti e della libertà fondamentali, fra i quali la dignità e la riservatezza, tali dati devono essere inoltre protetti secondo criteri di necessità, pertinenza e non eccedenza del trattamento. Precisiamo altresì che per "trattamento" di tali dati si intende qualunque alterazione che comporti la loro raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione e distruzione.

#### **Finalità del trattamento:**

I suoi dati personali saranno trattati, come prescritto dal suddetto decreto, esclusivamente per lo svolgimento delle funzioni istituzionali di questa Commissione Medica Legale (verifica periodica dell'idoneità incondizionata al servizio M.M.; prevenzione, diagnosi, statistica, medicina legale e del lavoro, ecc).

#### **Modalità di trattamento dei dati:**

Il trattamento dei suoi dati personali avverrà mediante strumenti manuali, cartacei, **informatici** e **telematici** con logiche strettamente collegate alle finalità stesse e, comunque, in modo da garantire, la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

#### **Comunicazione dei dati:**

Nell'ambito di tale trattamento, i suoi dati personali potranno essere comunicati, dietro suo consenso, ove previsto dalle norme, nel rispetto dei principi e con criteri sopra riportati ad eventuali altri Comandi/Enti dell'Amministrazione Difesa o di altre Pubbliche Amministrazioni che necessitino di tali dati per l'espletamento di pratiche sanitarie relative alla sua persona, nell'ambito delle loro funzioni istituzionali.

#### **I suoi diritti:**

In base al suddetto decreto, ella ha diritto di ricevere l'attuale informativa, a ottenere la conferma dell'esistenza o meno, presso questo ente di dati personali che la riguardano e può ottenere che tali dati vengano messi a sua disposizione in forma intelligibile; ha altresì diritto di ottenere notizie circa l'origine di tali dati, delle finalità e modalità del loro trattamento, della logica applicata in caso di trattamento con strumenti elettronici, degli estremi identificativi del titolare e dei responsabili del trattamento, dei soggetti o categorie di soggetti ai quali i suoi dati possono essere comunicati; può inoltre ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o l'integrazione degli stessi.

Tali diritti potranno essere esercitati facendone richiesta al Presidente di questa Commissione Medica Legale, titolare del trattamento od al responsabile del trattamento, anche tramite persona da lei delegata, compilando apposita richiesta.

Questa Commissione si impegna comunque a trattare i suoi dati sanitari secondo quanto previsto dal D.Lgs. in epigrafe e a non trattare, qualora ne venga a conoscenza, i dati idonei a rilevare la sua origine razziale, le sue convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le sue opinioni politiche, la sua eventuale adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale.