

ANNESSO 1

Marca  
da  
bollo

# CERTIFICATO MEDICO

PER           RILASCIO           DELLA PATENTE NAUTICA  
          CONVALIDA          

**FOTO**

A     C     D2  
Navigazione entro 12 miglia di distanza dalla costa

A     C     D2  
Navigazione senza alcun limite di distanza dalla costa

limitata alle sole  
unità a motore

per qualsiasi tipo  
di unità

B  
Nave da  
diporto

D1

### SI CERTIFICA CHE

\_\_ Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
 nat\_\_ a \_\_\_\_\_, il \_\_/\_\_/\_\_\_\_,  
 provincia/Stato \_\_\_\_\_, cittadinanza \_\_\_\_\_,  
 codice fiscale \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_,  
 provincia/Stato \_\_\_\_\_, documento di identità/riconoscimento  
 \_\_\_\_\_ numero \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_

In conseguenza dell'accertamento medico-legale, è giudicato

**IDONEO**     **NON IDONEO**

per il conseguimento / la convalida della patente nautica indicata in prospetto.

VALIDITÀ DELLA PATENTE NAUTICA: **anni** \_\_\_\_\_

NESSUNA PRESCRIZIONE

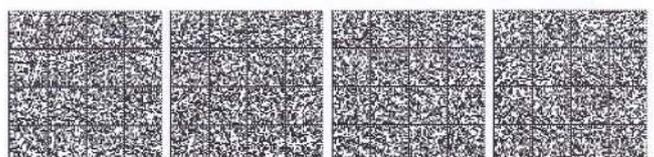
OBBLIGO DI LENTI (occhiali con sistema di sicurezza o lenti a contatto con occhiali di protezione)

OBBLIGO DI PROTESI ACUSTICA

ALTRE PRESCRIZIONI \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

LIMITAZIONI \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

ADATTAMENTI \_\_\_\_\_



ANNOTAZIONI \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, li \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Timbro e firma e del medico certificatore

Ritirato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma dell'interessato)

OPPURE LA COMMISSIONE MEDICA LOCALE

Presidente \_\_\_\_\_

Membro \_\_\_\_\_

Membro \_\_\_\_\_

Avverso il presente giudizio è ammesso il ricorso al Ministero delle infrastrutture e dei trasporti entro trenta giorni dalla data del ritiro del certificato.

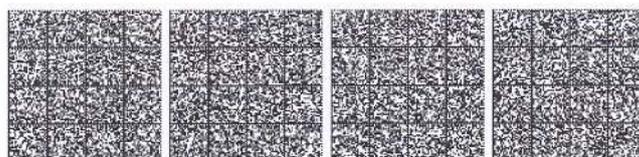
DICHIARAZIONE RELATIVA ALLA PROTEZIONE DELLE PERSONE FISICHE CON RIGUARDO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, NONCHÉ ALLA LIBERA CIRCOLAZIONE DI TALI DATI

Ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, come modificato dal decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, nonché del regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), sono stato informato del fatto che i dati personali e quelli riguardanti le mie condizioni di salute, emersi a seguito della presente certificazione, tutelati dal segreto d'ufficio, saranno trattati dal personale autorizzato, vincolato al segreto d'ufficio, de<sup>1</sup> \_\_\_\_\_, utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge e conservati secondo il principio della minimizzazione, esclusivamente per gli adempimenti di competenza previsti dalla legge in relazione ai procedimenti amministrativi di rilascio, di revisione e di convalida della patente nautica.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_  
(da firmare in presenza del medico o del presidente della Commissione medica locale)

<sup>1</sup> Indicare l'autorità competente che riceve il certificato medico in allegato alla domanda. Compilazione riservata all'autorità competente.



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO ANAMNESTICO**  
(da firmare in presenza del medico)

\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_,  
 nat\_\_ a \_\_\_\_\_, il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_,  
 provincia/Stato \_\_\_\_\_, cittadinanza \_\_\_\_\_,  
 codice fiscale \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_,  
 provincia/Stato \_\_\_\_\_, documento di identità/riconoscimento  
 \_\_\_\_\_ numero \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_  
 nell'ambito dell'accertamento medico-legale di idoneità psichica e fisica al conseguimento/convalida della  
 patente nautica di categoria \_\_\_\_, tipo \_\_\_\_\_.

**DICHIARA**

in relazione agli stati patologici e/o condizioni psicofisiche di seguito elencati, che:

Sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio. Se sì, indicare quali: _____ <b>Acquisire e conservare il certificato rilasciato dallo specialista cardiologo<sup>1</sup>.</b>	SI	NO
Sussistono patologie dell'apparato respiratorio. Se sì, indicare quali: _____ <b>Acquisire e conservare il certificato rilasciato dallo specialista pneumologo.</b>	SI	NO
Sussiste diabete (mellito). Se sì, specificare di quale tipo: <input type="checkbox"/> insulino-dipendente <input type="checkbox"/> NON insulino-dipendente (trattato con dieta o ipoglicemizzanti orali). <b>Acquisire e conservare il certificato rilasciato dallo specialista diabetologo.</b>	SI	NO
Sussistono altre patologie endocrine. Se sì, indicare quali: _____ <b>Acquisire e conservare il certificato rilasciato dallo specialista endocrinologo.</b>	SI	NO
Soffre o ha sofferto di disturbi psicologici o di patologie psichiche ( <i>ad es.: ansia, attacchi di panico, depressione, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo borderline, disturbo da stress post traumatico, psicosi, paranoia, schizofrenia, disturbo dello spettro autistico...</i> ). Se sì, indicare quali e in quale periodo: _____ _____ <b>Acquisire e conservare il certificato rilasciato dallo specialista neurologo o psichiatra.</b>	SI	NO
È o è stato in terapia con barbiturici, sonniferi, tranquillanti, correttori dell'umore, antidepressivi, ansiolitici, antipsicotici o altri farmaci ad effetto psicotropo. Se sì, indicare quali, il periodo di riferimento e la posologia: _____ _____ <b>Acquisire e conservare il certificato rilasciato dallo specialista neurologo o psichiatra.</b>	SI	NO

<sup>1</sup> In tutte le voci, se esistente. Il medico accertatore o la commissione medica locale valuta l'eventuale ricorso a visita specialistica. In luogo dell'accertamento specialistico, può essere acquisito il referto di strutture ospedaliere pubbliche o medico-legale.

<p>Ha o ha avuto problemi relativi ad abuso di alcolici (<i>ad.es.: guida o comando di unità da diporto in stato di ebbrezza, ricoveri ospedalieri, terapie di disintossicazione o di cura della dipendenza...</i>).</p> <p>Se sì, specificare di quale tipo e quando: _____</p> <p>_____</p> <p><b>Acquisire e conservare la relativa documentazione sanitaria.</b></p>	SI	NO
<p>Fa uso di derivati della cannabis, ecstasy, eroina, cocaina, [meta]amfetamine, LSD, MDM o altre sostanze stupefacenti o psicotrope. Segue percorsi di disintossicazione o di cura della dipendenza.</p> <p>Se sì, specificare di quale tipo e quando: _____</p> <p>_____</p> <p><b>Acquisire e conservare la relativa documentazione sanitaria.</b></p>	SI	NO
<p>Ha subito un trauma cranico.</p> <p>Se sì, specificare quando: _____</p> <p>Eventuali accertamenti o terapie: _____</p> <p><b>Acquisire e conservare il certificato rilasciato dallo specialista neurologo traumatologo.</b></p>	SI	NO
<p>Soffre di epilessia o ha in passato manifestato crisi epilettiche o convulsioni.</p> <p>Se sì, specificare la data dell'ultima crisi e indicare la terapia eseguita: _____</p> <p>_____</p> <p><b>Acquisire e conservare il certificato rilasciato dallo specialista neurologo o psichiatra.</b></p>	SI	NO
<p>È soggetto con disturbi specifici dell'apprendimento (DSA)?</p> <p>Se sì, specificare la tipologia: _____</p> <p><b>Acquisire e conservare copia del certificato di diagnosi di DSA.</b></p>	SI	NO
<p>Sussistono malattie del sangue.</p> <p>Se sì, specificare quali: _____</p> <p><b>Acquisire e conservare il certificato rilasciato dallo specialista ematologo.</b></p>	SI	NO
<p>Sussistono malattie dell'apparato uro-genitale (<i>ad es. insufficienza renale cronica, tubolopatie, ...</i>)</p> <p>Se sì, specificare la gravità (LIEVE, MODERATA o GRAVE): _____</p> <p><b>Acquisire e conservare il certificato rilasciato dallo specialista nefrologo o urologo.</b></p>	SI	NO
<p>Sussistono o sono sussistite patologie oncologiche.</p> <p>Se sì quali: _____</p> <p>Eventuale terapia pregressa o in atto: _____</p> <p>_____</p> <p><b>Acquisire e conservare il certificato rilasciato dallo specialista oncologo.</b></p>	SI	NO
<p>Assume o ha assunto per più di una settimana nell'ultimo anno altre medicine, oltre a quelle già dichiarate.</p> <p>Se sì, indicare quali, il periodo di riferimento e il dosaggio: _____</p> <p>_____</p>	SI	NO
<p>Ha problemi di vista non correggibili con lenti.</p> <p>Se sì, indicare quali: _____</p> <p><b>Acquisire e conservare il certificato rilasciato dallo specialista oculista.</b></p>	SI	NO
<p>Porta lenti a contatto di tipo _____</p>	SI	NO
<p>Ha problemi di udito.</p>	SI	NO
<p>Porta protesi acustiche di tipo _____</p>	SI	NO

<p>Dichiarazione del richiedente</p> <p>Il richiedente, consapevole delle sanzioni penali e della perdita degli eventuali benefici previsti dagli articoli 75 e 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti informazioni non più corrispondenti a verità, dichiara sotto la sua personale responsabilità di aver fornito tutte le informazioni in sua conoscenza utili a definire il proprio stato di salute. In particolare, dichiara di non fare abuso di alcolici e di non assumere sostanze stupefacenti o psicotrope.</p> <p>_____, li ____ / ____ / _____</p> <p style="text-align: right;">Firma del richiedente</p> <p style="text-align: right;">_____</p>	
---	--

**VISTA la sottoelencata documentazione, prodotta e acquisita agli atti:**

- dichiarazione anamnestica, sottoscritta dall'interessato/a in mia presenza, ed eventuali allegati
- certificazione del costruttore attestante le caratteristiche tecniche e l'efficienza delle protesi acustiche utilizzate dall'interessato
- certificazione/i specialistica/che <sup>(3)</sup>: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ;

**CONSIDERATO che l'interessato/a non presenta sintomi che rivelino abuso o stato di dipendenza da bevande alcoliche e/o consumo o stato di dipendenza da sostanze stupefacenti, psicotrope o che comunque alterino lo stato psico-fisico della persona**

**VERIFICATO che l'interessata/o:**

**PRESENTA** obiettività clinica di malattie fisiche o psichiche in atto, e/o anomalie della conformazione o dello sviluppo somatico, e/o deficienze organiche o minorazioni anatomiche o funzionali, che possono pregiudicare la sicurezza della navigazione da diporto in relazione al tipo di patente nautica richiesta SI  NO

**PRESENTA** obiettività clinica e precedenti anamnestici, che propendono per la presenza di malattie progressive della vista, che richiedono accertamenti strumentali del campo visivo <sup>(2)</sup> SI  NO

**PRESENTA**, ai test clinici di screening, alterazioni richiedenti approfondimenti diagnostici specialistici:

- del senso cromatico <sup>(2)</sup> SI  NO
- della sensibilità al contrasto <sup>(2)</sup>
- della sensibilità all'abbagliamento <sup>(2)</sup> SI  NO
- dei tempi di recupero dopo abbagliamento <sup>(2)</sup> SI  NO
- della visione crepuscolare <sup>(2)</sup> SI  NO

**POSSIEDE** acuità visiva in visione <sup>(2)</sup> Naturale  Corretta  Binoculare  Monoculare

OCCHIO DESTRO	0/10	LUCE	1/10	2/10	3/10	4/10	5/10	6/10	7/10	8/10	9/10	10/10
OCCHIO SINISTRO	0/10	LUCE	1/10	2/10	3/10	4/10	5/10	6/10	7/10	8/10	9/10	10/10

La condizione di vista monoculare è  $\frac{\text{organica}}{\text{funzionale}}$  <sup>(1)</sup> ed è posseduta da un periodo > a sei mesi, tale da aver consentito l'adattamento.

Percepisce la voce di conversazione **a metri**  2  4  8 **a dx** ed a metri  2  4  8 **a sx**  
 $\frac{\text{senza}}{\text{con}}$  <sup>(1)</sup> protesi  $\frac{\text{monoaurale}}{\text{binaurale}}$  <sup>(1)</sup> acustica.

Possiede tempi di reazione a stimoli, semplici e complessi luminosi e acustici, sufficientemente rapidi e regolari <sup>(2)</sup> SI  NO

**SI GIUDICA IL SIG./LA SIG.RA** \_\_\_\_\_

IDONEO/A  NON IDONEO/A  <sup>(1)</sup>

**per il conseguimento/la convalida** della patente nautica di categoria \_\_\_\_\_, tipo \_\_\_\_\_, con le seguenti indicazioni <sup>(2)</sup>:

- NESSUNA PRESCRIZIONE
- OBBLIGO LENTI
- OBBLIGO PROTESI ACUSTICA

VALIDITÀ DELLA PATENTE LIMITATA AD ANNI \_\_\_\_\_

ALTRE PRESCRIZIONI \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

LIMITAZIONI \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ANNOTAZIONI \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Timbro e firma e del medico certificatore

- (1) Cancellare la parte che non interessa
- (2) Contrassegnare con X la voce (o le voci) di interesse
- (3) Diabetologica, neurologica, oculistica, ecc.

OPPURE LA COMMISSIONE MEDICA LOCALE

Presidente \_\_\_\_\_

Membro \_\_\_\_\_

Membro \_\_\_\_\_

Dichiarazione del richiedente

Il richiedente, consapevole delle sanzioni penali e della perdita degli eventuali benefici previsti dagli articoli 75 e 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti informazioni non più corrispondenti a verità, dichiara sotto la sua personale responsabilità di aver fornito tutte le informazioni in sua conoscenza utili a definire il proprio stato di salute. In particolare, dichiara di non fare abuso di alcolici e di non assumere sostanze stupefacenti o psicotrope.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLA PROTEZIONE DELLE PERSONE FISICHE CON RIGUARDO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, NONCHÉ ALLA LIBERA CIRCOLAZIONE DI TALI DATI

Ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, come modificato dal decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, nonché del regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), sono stato informato del fatto che i dati personali e quelli riguardanti le mie condizioni di salute, emersi a seguito della presente visita, tutelati dal segreto d'ufficio, saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ (\*) autorizza il personale de \_\_\_\_\_, in caso di necessità, ad esaminare ed estrarre copia della documentazione sanitaria che lo riguarda, conservata presso strutture pubbliche e private. Inoltre \_\_\_\_\_ (\*) autorizza l'inserimento dei dati personali e di quelli riguardanti le proprie condizioni di salute, emersi nel corso della presente visita, in una cartella clinica medico-legale, che potrà essere esaminata dal personale autorizzato, vincolato al segreto d'ufficio, a seguito di qualsiasi richiesta di benefici presentata a strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

(\*) INDICARE "NON" IN CASO DI NEGATA AUTORIZZAZIONE.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

(da firmare in presenza del medico  
o del presidente della Commissione medica locale)

