

# MODULO DI RICHIESTA DEL CERTIFICATO MEDICO

COMPILARE QUESTA PAGINA PER INTERO E A STAMPATELLO - PER I DETTAGLI FARE RIFERIMENTO ALLE ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

**Dati Medici sensibili**

(1) Stato di rilascio della licenza:		(2) Classe di certificato medico richiesto		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 (ATC) <input type="checkbox"/>
(3) Cognome:	(4) Cognome (i) precedente (i)			(12) Tipo di richiesta:		
(5) Nome (i):	(6) Data di nascita:	(7) Sesso:		<input type="checkbox"/> Iniziale <input type="checkbox"/> Rivalidazione/ Rinnovo		
(8) Luogo e Stato di nascita:	(9) Nazionalità:		(13) Numero di riferimento			
(10) Residenza:	(11) Domicilio o rec. postale(se diff. da residenza):			(14) Tipo di licenza richiesta:		
Stato: No. Telefono: No. Cellulare E-mail:	Stato: No. Telefono: No. Cellulare E-mail:		(15) Occupazione (principale):			
(18) Licenza di volo posseduta (tipo): Numero licenza di volo: Paese di rilascio:			(16) Datore di lavoro:			
(17) Ultima richiesta certificazione medica: Data: _____ Luogo: _____			(19) Qualsiasi limitazione della licenza di volo/Certificato medico posseduta/o: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì Dettagli: _____			
(20) Le è mai stata negata la concessione o ha subito una sospensione o la revoca del certificato di idoneità medica al volo da parte di qualche Autorità competente per il rilascio di licenze aeronautiche? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì Data: _____ Stato: _____ Dettagli: _____			(21) Ore di volo totali: _____ (22) Ore di volo dall'ultima visita medica: _____			
(24) A partire dall'ultima visita medica si è verificato qualche incidente o inconveniente a velivoli da Lei pilotati? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì Data: _____ Stato: _____ Dettagli: _____			(23) Velivolo attualmente pilotato:			
(27) Assume alcool? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, quantità:			(25) Tipo di operazioni di volo assegnate:			
(28) Assume attualmente qualche farmaco? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì Tipo di farmaco, dose assunta, data inizio e motivo dell'assunzione:			(26) Attività di volo attuale: <input type="checkbox"/> Single pilot <input type="checkbox"/> Equipaggio plurimo			
			(29) Fuma tabacco? No, mai <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Data di cessazione: _____ Tipo di fumo e quantità: _____			

**Anamnesi medica e generale** :Presenta o ha presentato in passato una delle seguenti condizioni? (prego marcare) Se Sì fornire i dettagli nella sezione (30).

	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No			
(101) Disturbi oculari/ Interventi sull'occhio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(112) Malattie del naso, gola o disturbi del linguaggio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(123) Malaria o altre malattie tropicali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Solo per femmine</b>		
(102) Uso di occhiali e/o lenti a contatto anche pregresso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(113) Trauma cranico o commozione cerebrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(124) Positività al test HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(150) Condizioni ginecologiche, disturbi mestruali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(103) Prescrizione per cambiamento di occhiali/lenti a contatto dall'ultima visita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(114) Cefalee gravi o frequenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(125) Malattia trasmessa sessualmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(151) E' in stato di gravidanza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(104) Febbre da fieno o altre allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(115) Attacchi di vertigini o svenimenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(126) Disturbi del sonno / syndrome da apnea notturna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Anamnesi familiare:</b>		
(105) Asma, malattie polmonari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(116) Perdita di coscienza per qualsiasi ragione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(127) Malattie o menomazioni muscoloscheletriche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(170) Malattie cardiache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(106) Disturbi cardiaci o vascolari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(117) Malattie neurologiche: ictus, epilessia, convulsioni, paralisi, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	128) Ogni altra malattia o lesione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(171) Iperensione arteriosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(107) Pressione arteriosa elevata o bassa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(118) Disturbi psicologici/psichiatrici di qualsiasi genere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(129) Ricovero in ospedale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(172) Ipercolesterolemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(108) Calcoli delle vie urinarie o sangue nelle urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(119) Abuso di alcool/farmaci/sostanze stupefacenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(130) Visita dal proprio medico di famiglia dopo l'ultima visita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(173) Epilessia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(109) Diabete, malattie endocrine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(120) Tentato suicidio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(131) Rifiuto alla stipula di assicurazione sulla vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(174) Malattie mentali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(110) Disturbi gastrici, epatici o intestinali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(121) Mal di viaggio che richiede l'uso di farmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(132) Rifiuto al rilascio di licenza di volo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(175) Diabete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(111) Sordità, malattie dell'orecchio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(122) Anemia/ Tratto falcemico/ altre malattie del sangue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(133) Rifiuto alla stipula di assicurazione sulla vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(176) Tubercolosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						(134) Richiesta di pensione di invalidità o di risarcimento per lesione o malattia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(177) Allergia/asma/eczema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									(178) Malattie ereditarie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									(179) Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(30) **Osservazioni**: Se riportate in precedenza e non si sono verificati cambiamenti, dichiararlo di seguito.

(31) **Dichiarazione**: Con il presente atto dichiaro di aver attentamente considerate le affermazioni fatte sopra e che per ciò che è a mia conoscenza esse sono complete e corrette e che non ho nascosto alcuna informazione rilevante o fatto affermazioni ingannevoli. Sono consapevole che l'aver fornito informazioni false o fuorvianti in relazione all'uso che qui ne viene fatto o l'aver omesso informazioni mediche di supporto può comportare la mancata rilascio del certificato medico da parte dell'Autorità o la revoca di ogni altro certificato medico a me rilasciato, senza pregiudizio di qualsiasi altra azione a mio carico sulla base delle leggi nazionali vigenti.

**Consenso al rilascio di informazioni per uso medico**: Con il presente atto autorizzo al rilascio di tutte le informazioni contenute in questo referto ed in tutti i suoi allegati all'AME e, se necessario, all'ispettore medico dell'Autorità per il rilascio delle licenze aeronautiche, riconoscendo che questi documenti o altri dati archiviati elettronicamente saranno usati per il completamento delle indagini mediche e diverranno e rimarranno di proprietà dell'autorità, ferma restando la possibilità per me o per il mio medico curante di potervi accedere in accordo con le leggi nazionali vigenti. La riservatezza delle informazioni sarà ogni volta rispettata.

.....  
 Data \_\_\_\_\_ Firma del richiedente \_\_\_\_\_ Firma dell'AME/Ispettore medico \_\_\_\_\_