

# 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"/>	LAPL <input type="checkbox"/>	3 ATC/FIS <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"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina		<input type="checkbox"/> Riconvalida/ Rinnovo	
(8) Luogo e Stato di nascita:		(9) Nazionalità:		(13) Numero di riferimento			
(10) Residenza:		(11) Domicilio/recapito postale, se diverso da (10):		(14) Tipo di licenza richiesta:			
Stato: No. Telefono: No. Cellulare E-mail:		Stato: No. Telefono: No. Cellulare E-mail:		(15) Occupazione (principale):			
				(16) Datore di lavoro:			
(18) Licenza di volo posseduta (tipo):				(17) Ultima richiesta certificazione medica:			
Numero licenza di volo:				Data:		Luogo:	
Paese di rilascio:				(19) Qualsiasi limitazione della licenza di volo/Certificato medico posseduta/o:			
				<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì			
(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?		Data:		Stato:		Dettagli:	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì							
Dettagli:							
(24) A partire dall'ultima visita medica si è verificato qualche incidente o inconveniente a velivoli da Lei pilotati?		Data:		Stato:		(21) Ore di volo totali:	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì						(22) Ore di volo dall'ultima visita medica:	
Dettagli:							
(27) Assume alcol? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, quantità:						(23) Velivolo attualmente pilotato:	
(28) Assume attualmente qualche farmaco? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì						(25) Tipo di operazioni di volo assegnate:	
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"/>	
						No, mai <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>	
						Data di cessazione: <input type="checkbox"/>	
						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 alcol/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 al rilascio di licenza di volo	<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