

MODULO DI RICHIESTA DEL CERTIFICATO MEDICO

COMPILARE QUESTA PAGINA PER INTERO E A STAMPATELLO - PER I DETTAGLI FARE RIFERIMENTO ALLE PAGINE DELLE ISTRUZIONI

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 <input type="checkbox"/>	C.C. <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"/> Rinnovo/Rivalidazione		
(8) Luogo e Stato di nascita:		(9) Nazionalità:			(13) Numero di riferimento			
(10) Indirizzo di Residenza:		(11) Domicilio o recapito postale (se differente dalla residenza):			(14) Tipo di licenza richiesta:			
Telefono/Cellulare:		Telefono:			(15) Occupazione (principale):			
E-mail:					(16) Datore di lavoro:			
(18) Licenza di volo posseduta (tipo):		Numero Licenza di volo:		Paese di rilascio:		(17) Ultima visita medica:		
						Data: _____ Luogo: _____		
(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 giudicante?					(19) Qualsiasi condizione/Limitazione/Variatione della licenza di volo/Certificato medico:			
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		Data: _____ Stato: _____			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si			
Dettagli:					(21) Ore totali di volo: _____ (22) Ore totali di volo dall'ultima visita medica: _____			
(24) A partire dall'ultima visita medica si è verificato qualche incidente/danno a velivoli da Lei pilotati?					(23) Velivolo attualmente pilotato:			
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		Data: _____ Stato: _____			(25) Tipo di operazioni di volo assegnate:			
Dettagli:					(26) Attività di volo attuale: <input type="checkbox"/> Single pilot <input type="checkbox"/> Equipaggio plurimo			
(27) Assume alcol? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, quantità espressa in unità settimanale					Attività ATCO attuale: <input type="checkbox"/> ADI <input type="checkbox"/> APS <input type="checkbox"/> ACS			
(28) Assume attualmente qualche farmaco? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si					(29) Fuma tabacco? <input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> Sì			
Tipo di farmaco, dose assunta, data inizio e motivo dell'assunzione:					<input type="checkbox"/> No, data di cessazione: _____			
					Tipo di fumo e quantità:			

Anamnesi medica generale :Presenta o ha presentato in passato una delle seguenti condizioni? Segnare per favore SI o NO ed in caso affermativo quali.

	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"/>	Solo per femmine		
(102) Uso di occhiali e/o lenti a contatto	<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) Cambiamento del tipo di occhiali dall'ultima visita medica.	<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) Ricovero in ospedale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anamnesi familiare:		
(105) Asma, malattie polmonari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(116) Perdita di coscienza per qualsiasi ragione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(127) Ogni altra malattia o lesione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(170) Cardiopatia	<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) Visita dal proprio medico di famiglia dopo l'ultima visita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(171) Iperensione arteriosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(107) Pressione arteriosa alta o bassa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(118) Disturbi psicologici/psichiatrici di qualsiasi genere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(129) Rifiuto alla stipula di assicurazione sulla vita	<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) Rifiuto al rilascio di licenza di volo	<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 o atti di autolesionismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(132) Non idoneità medica al servizio militare o conseguente ad esso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(174) Malattia mentale o suicidio	<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"/>	(133) Richiesta di pensione di invalidità o di risarcimento per lesione o malattia	<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"/>				(176) Tuberculosis	<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:

Sono intervenuti cambiamenti allo stato di salute dall'ultima visita medica? Sì No

(31) Dichiarazione: Con la presente dichiaro che ho attentamente ponderato le affermazioni sopra rilasciate e che ritengo siano complete e corrette e che non ho omesso alcuna informazione pertinente o reso dichiarazioni fuorvianti. Sono consapevole che, se ho rilasciato dichiarazioni false o fuorvianti in relazione a questa richiesta, o manco nel rilasciare informazioni mediche di supporto, l'autorità di rilascio della licenza può rifiutare di rilasciarmi un certificato medico o ritirare qualsiasi certificato medico rilasciato, senza pregiudizio di altra azione applicabile ai sensi della legislazione nazionale.

CONSENSO AL RILASCIO DI INFORMAZIONI MEDICHE: Io autorizzo il rilascio di tutte le informazioni contenute in questo rapporto e di alcuni o di tutti gli allegati all'AME e, se necessario, all'ispettore medico della mia autorità di rilascio della licenza, all'ispettore medico dell'autorità competente del mio AME e ai professionisti medici competenti ai fini del completamento di una valutazione aeromedica o di una revisione di secondo livello, riconoscendo che tali documenti o i dati archiviati elettronicamente devono essere utilizzati per il completamento di una valutazione medica e diverranno e rimarranno di proprietà della autorità di rilascio della licenza, fatta salva la facoltà per me o per il mio medico di potervi accedere in base alla legislazione nazionale. La riservatezza medica sarà rispettata in ogni momento.

NOTIFICA DELLA DIVULGAZIONE DEI DATI PERSONALI: Con la presente dichiaro di essere stato informato e sono consapevole che i dati contenuti nel mio certificato medico in conformità con ARA.MED.130 possono essere archiviati elettronicamente e resi disponibili al mio AME al fine di fornire dati storici richiesti in MED.A.035(b)(2)(ii)(iii) e agli ispettori medici delle autorità competenti degli Stati membri al fine di facilitare l'applicazione di ARA.MED.150 (c) (4).

Data	Firma del richiedente	Firma dell'esaminatore AME	Nome dell'esaminatore AME e Indirizzo:
------	-----------------------	----------------------------	--