



A.S.L. NO

Azienda Sanitaria Locale
Sede Legale: viale Roma 7 - Novara
Tel. 0321/374111 - www.asl.novara.it

S. C. MEDICINA LEGALE

AMBULATORIO MONOCRATICO

CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALLA PATENTE NAUTICA

SOLO PER CONSEGUIMENTI E RINNOVI IN ASSENZA DI PATOLOGIE

PRESENTARSI IN AMBULATORIO MUNITI DI:

- **UN DOCUMENTO D' IDENTITÀ in corso corso di validità**
- **DENUNCIA in caso di furto o smarrimento della patente nautica**
- In caso di **conseguimento: CERTIFICATO ANAMNESTICO** (vedi modulo allegato) compilato e firmato dal MMG (medico di medicina generale).
- **n° 1 MARCA DA BOLLO da € 16.00**
- **n° 1 FOTO RECENTE FORMATO PASSAPORTO** (solo per il conseguimento)
- **VERSAMENTO di € 40.00 sul sito "SALUTE PIEMONTE"** (vedi istruzioni allegate alla presente nota informativa).
- **VISITA OCULISTICA con:**
 - determinazione della sensibilità al contrasto OD e OS** (solo per ≥65 anni)
 - visione crepuscolare notturna per OD e OS (PER TUTTI)**
- **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO ANAMNESTICO** (vedi modulo allegato)
Il modulo va compilato in stampatello, dichiarando se si è affetti o meno dalle patologie indicate, e va firmato in presenza del medico esaminatore.

AVVERTENZA: A GIUDIZIO DEL MEDICO AMBULATORIALE, I PAZIENTI CON PATOLOGIE O MINORAZIONI INVALIDANTI VERRANNO INVIATI ALLA VALUTAZIONE DELLA **COMMISSIONE MEDICA**



www.regione.piemonte.it



Istruzioni per il pagamento delle visite effettuate

nell'Ambulatorio monocratico dell'Asl di Novara

Collegarsi al sito www.salutepiemonte.it

Per accedere ai servizi ci si può autenticare tramite SPID – CIE – CNS o accedere direttamente senza autenticazione e procedere come di seguito indicato:

Dal menù che compare in alto cliccare su **SERVIZI**

Nel riquadro PAGAMENTO cliccare su **VAI AL SERVIZIO**

Cliccare su **PAGA**

Dal menù che compare in alto cliccare su **ALTRI PAGAMENTI**

In corrispondenza di AZIENDA SANITARIA, cliccando sul triangolino a destra, si aprirà un menù a tendina:
Cliccare su **ASL NO (NOVARA)**

In corrispondenza della voce CAUSALE, cliccando sul triangolino a destra, si aprirà un menù a tendina:
Cliccare su **Medicina Legale Ambulatoriale (PTW)**

In corrispondenza di IMPORTO DA PAGARE: **INSERIRE L'IMPORTO:**

PATENTE NAUTICA: € 40,00

In corrispondenza di SOGGETTO GIURIDICO:
Cliccare su **PERSONA FISICA**

Inserire **COGNOME**, **NOME** E **CODICE FISCALE** della persona che deve effettuare la visita.

Cliccare su **PAGA SUBITO**

Verrà richiesto un indirizzo email al quale inviare **la ricevuta di pagamento, che l'utente dovrà stampare e consegnare in Ambulatorio.**

ATTENZIONE! Stampare la ricevuta di pagamento che arriva da: ptw.gestione@csi.it dove compare **il logo dell'Asl di Novara e della Regione Piemonte (Assessorato Sanità e Welfare)** e dove è riportato il nome dell'utente che effettua la visita.

Si informa che il versamento si può effettuare solo sul sito **SALUTE PIEMONTE**, attraverso i vari sistemi di pagamento proposti.

**A.S.L. NO**

Azienda Sanitaria Locale
di Novara
P.IVA 01522670031

Sede Legale: viale Roma 7, – 28100 Novara
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519
www.asl.novara.it

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: _____ Acquisire e conservare il certificato rilasciato dallo specialista cardiologo¹.	SI	NO
Sussistono patologie dell'apparato respiratorio. Se sì, indicare quali: _____ Acquisire e conservare il certificato rilasciato dallo specialista pneumologo.	SI	NO
Sussiste diabete (mellito). Se sì, specificare di quale tipo: ☐ insulino-dipendente ☐ NON insulino-dipendente (trattato con dieta o ipoglicemizzanti orali). Acquisire e conservare il certificato rilasciato dallo specialista diabetologo.	SI	NO
Sussistono altre patologie endocrine. Se sì, indicare quali: _____ Acquisire e conservare il certificato rilasciato dallo specialista endocrinologo.	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: _____ Acquisire e conservare il certificato rilasciato dallo specialista neurologo o psichiatra.	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: _____ Acquisire e conservare il certificato rilasciato dallo specialista neurologo o psichiatra.	SI	NO

¹ 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.





A.S.L. NO

Azienda Sanitaria Locale
di Novara
P.IVA 01522670031

Sede Legale: viale Roma 7, – 28100 Novara
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519
www.asl.novara.it

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>). Se sì, specificare di quale tipo e quando: _____	SI	NO
Acquisire e conservare la relativa documentazione sanitaria.		
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. Se sì, specificare di quale tipo e quando: _____	SI	NO
Acquisire e conservare la relativa documentazione sanitaria.		
Ha subito un trauma cranico. Se sì, specificare quando: _____ Eventuali accertamenti o terapie: _____	SI	NO
Acquisire e conservare il certificato rilasciato dallo specialista neurologo traumatologo.		
Soffre di epilessia o ha in passato manifestato crisi epilettiche o convulsioni. Se sì, specificare la data dell'ultima crisi e indicare la terapia eseguita: _____	SI	NO
Acquisire e conservare il certificato rilasciato dallo specialista neurologo o psichiatra.		
È soggetto con disturbi specifici dell'apprendimento (DSA)? Se sì, specificare la tipologia: _____	SI	NO
Acquisire e conservare copia del certificato di diagnosi di DSA.		
Sussistono malattie del sangue. Se sì, specificare quali: _____	SI	NO
Acquisire e conservare il certificato rilasciato dallo specialista ematologo.		
Sussistono malattie dell'apparato uro-genitale (<i>ad es. insufficienza renale cronica, tubolopatie, ...</i>) Se sì, specificare la gravità (LIEVE, MODERATA o GRAVE): _____	SI	NO
Acquisire e conservare il certificato rilasciato dallo specialista nefrologo o urologo.		
Sussistono o sono sussistite patologie oncologiche. Se sì quali: _____ Eventuale terapia pregressa o in atto: _____	SI	NO
Acquisire e conservare il certificato rilasciato dallo specialista oncologo.		
Assume o ha assunto per più di una settimana nell'ultimo anno altre medicine, oltre a quelle già dichiarate. Se sì, indicare quali, il periodo di riferimento e il dosaggio: _____	SI	NO
Ha problemi di vista non correggibili con lenti. Se sì, indicare quali: _____	SI	NO
Acquisire e conservare il certificato rilasciato dallo specialista oculista.		
Porta lenti a contatto di tipo _____	SI	NO
Ha problemi di udito.	SI	NO

¹ 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.





A.S.L. NO

Azienda Sanitaria Locale
di Novara
P.IVA 01522670031

Sede Legale: viale Roma 7, – 28100 Novara
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519
www.asl.novara.it

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

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 ⁽³⁾: _____

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'interessato/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 ⁽²⁾ SI ☐ NO ☐

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

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

POSSIEDE acuità visiva in visione ⁽²⁾ 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 ^{organica} ~~funzionale~~ ⁽¹⁾ ed è posseduta da un periodo > a sei mesi, tale da aver consentito l'adattamento.



www.regione.piemonte.it/sanita



A.S.L. NO

Azienda Sanitaria Locale
di Novara
P.IVA 01522670031

Sede Legale: viale Roma 7, – 28100 Novara
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519
www.asl.novara.it

Percepisce la voce di conversazione **a metri** ☐ 2 ☐ 4 ☐ 8 **a dx** ed a metri ☐ 2 ☐ 4 ☐ 8 **a sx**
senza monoaurale
con ⁽¹⁾ protesi **binaurale** ⁽¹⁾ acustica.

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

SI GIUDICA IL SIG./LA SIG.RA _____

IDONEO/A ☐

NON IDONEO/A ☐ ⁽¹⁾

per il conseguimento/la convalida della patente nautica di categoria _____, tipo _____, con le seguenti indicazioni ⁽²⁾:

☐ 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 _____



www.regione.piemonte.it/sanita



A.S.L. NO

Azienda Sanitaria Locale
di Novara
P.IVA 01522670031

Sede Legale: viale Roma 7, – 28100 Novara
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519
www.asl.novara.it

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)



www.regione.piemonte.it/sanita



CERTIFICATO ANAMNESTICO : COMPILATO DAL MEDICO CURANTE (MMG)
NEI CASI DI CONSEGUIMENTO PATENTE E CONVERSIONE O REVISIONE PATENTE ESTERA

Sulla scorta dei dati anamnestici e clinici in mio possesso

CERTIFICO CHE:

il/la signor/ra _____

nato/a a _____ (Prov. _____) il ____ / ____ / ____

residente a _____ in via _____

da me in cura da ☐ più di un anno ☐ meno di un anno

presenta pregresse condizioni morbose, che possono costituire un rischio attuale per la guida, in riferimento a:

1. Apparato cardio-circolatorio.....☐ NO.....☐ SI

Se SI specificare diagnosi _____

2. Diabete mellito.....☐ NO.....☐ SI

3. Sistema endocrino.....☐ NO.....☐ SI

Se SI specificare diagnosi _____

4. Sistema neurologico☐ NO.....☐ SI

Se SI specificare diagnosi _____

5. Patologie psichiche☐ NO.....☐ SI

Se SI specificare diagnosi _____

6. Epilessia.....☐ NO.....☐ SI

7. Condizioni di dipendenza da: ☐ alcool ☐ sostanze stupefacenti ☐ sostanze psicotrope.....☐ NO.....☐ SI

8. Apparato uro-genitale: insufficienza renale grave☐ NO.....☐ SI

9. Sangue e organi emopoietici: ☐ sindromi emofiliche ☐ linfomi ☐ leucemie.....☐ NO.....☐ SI

10. Apparato osteo-articolare e muscolare: gravi alterazioni anatomiche o funzionali.....☐ NO.....☐ SI

11. Organi di senso: gravi patologie visive evolutive.....☐ NO.....☐ SI

12. S. Apnee Notturme (OSAS).....☐ NO.....☐ SI

Se SI specificare se fa uso di ventilatore notturno (tipo CPAP).....☐ NO.....☐ SI

13. Invalidità (Civile, INPS, INAIL, L. 104/92...).....☐ NO.....☐ SI

Se SI specificare tipo e percentuale _____

Data _____

Firma e timbro del medico