

**DICHIARAZIONE DA FIRMARE IN PRESENZA DEL MEDICO ESAMINATORE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
nell'ambito dell'accertamento medico legale dell'idoneità psicofisica al conseguimento/convalida della **patente automobilistica** dei veicoli di cui alla categoria \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

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

Sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio (pressione alta anche se normalizzata dal trattamento, pregresso infarto, angina, pregresso intervento cardiocirurgico, aneurisma, aritmia, ecc.) Se sì, indicare quali:	SI	NO
Sussiste diabete (mellito) Se sì, specificare di quale tipo: insulino-dipendente NON insulino-dipendente (trattato con dieta o ipoglicemizzanti orali)	SI	NO
Sussistono altre patologie endocrine (ad es.: della tiroide, dei surreni, dell'ipofisi). Se sì, indicare quali:	SI	NO
Soffre (ha mai sofferto) di malattia neurologiche (ad es.: m. di Parkinson, emiparesi, ischemia cerebrale transitoria, sclerosi multipla, ecc.). Se sì, indicare quali:	SI	NO
Soffre (ha sofferto di) turbe o patologie psichiche (ad es.: ansia, depressione, allucinazioni, ecc.). Se sì, indicare quali e in quale periodo ne ha sofferto:	SI	NO
È attualmente (è stato) in cura con tranquillanti, antidepressivi, barbiturici, sonniferi od altri farmaci psicotropi. Se sì, indicare quali, il periodo di riferimento e i dosaggi:	SI	NO
Ha avuto problemi relativi ad abuso di alcolici (ad es.: guida o comando in stato di ebbrezza, ricoveri ospedalieri, ecc.). Se sì, specificare di quale tipo e quando:	SI	NO
Ha fatto uso di canapa indiana, ecstasy, eroina, cocaina, amfetamine, LSD o altre droghe. Se sì, specificare quando:	SI	NO
Ha subito un trauma cranico. Se sì, specificare quando:	SI	NO
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
Sussistono malattie del sangue. Se sì, specificare quali:	SI	NO
Sussistono malattie dell'apparato uro-genitale (ad es. insufficienza renale cronica). Se sì, specificare quali:	SI	NO
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 i dosaggi:	SI	NO
Sussistono malattie osteoarticolari o muscolari gravi. Se sì, specificare quali:	SI	NO
È invalido civile o del lavoro o percepisce pensione di invalidità. Se sì, specificare per quali malattie:	SI	NO
Ha problemi di vista non correggibili con lenti. Se sì, indicare quali:	SI	NO
Porta lenti a contatto	SI	NO
Ha problemi di udito	SI	NO
Porta protesi acustiche	SI	NO

**FIRMA**

DATA .....

In caso di dichiarazione mendace si provvederà a sottoporre a revisione la patente di guida con conseguente revoca o sospensione della stessa ai sensi degli articoli 128, 129 e 130 del Codice della Strada, così come modificati dagli articoli 9, 10 e 11 del D.P.R. 19 aprile 1994 n. 575, salvo che non si configuri ipotesi di reato.