

Il/la Sig.re/ra .....

(Cognome)

(Nome)

Nato/a a ..... (.....) il ..... / ..... / ..... c.f. ..... Tel. ....  
(Comune) (Prov.) (giorno) (mese) (anno)

DICHIARA (\*) IN RELAZIONE AGLI STATI PATHOLOGICI SOTTO INDICATI CHE :

|   |    |    |
|---|----|----|
| A - soffre o ha sofferto di patologie dell'apparato cardiocircolatorio<br>(esempio: ipertensione / infarto miocardio/ angina/ presenza di pace maker/ aritmia/ defibrillatore/ aneurisma/ endocardite; pregresso<br>intervento cardiaco di: by-pass / protesi valvolari / trapianto cardiaco)<br>Se SI quali .....  | SI | NO |
| B - soffre o ha sofferto di diabete<br>in terapia con: regime dietetico ipoglicemizzanti orali insulina   | SI | NO |
| C - soffre o ha sofferto di patologie endocrine (esempio: della tiroide / ipofisi / surrene)<br>se SI quali .....   | SI | NO |
| D - soffre o ha sofferto di malattie del sistema nervoso centrale o periferico:<br>a encefalite sclerosi multipla miastenia grave malattia con atrofia muscolare malattie del sistema nervoso associate<br>ad atrofia muscolare progressiva e/o disturbi miotonici<br>b malattie del sistema nervoso centrale o periferico<br>c postumi invalidanti di traumatismi del sistema nervoso centrale o periferico<br>se SI quali ..... | SI | NO |
| d - soffre o ha sofferto di epilessia se SI specificare quando si è manifestata l'ultima crisi<br>gg/mm/anno.....in terapia con.....  | SI | NO |
| E - soffre o ha sofferto di malattie psichiche<br>se SI quali ..... in cura presso .....  | SI | NO |
| F - fa uso, attuale o in passato, di sostanze psicoattive<br>se SI quali: droghe psicofarmaci alcool (anche solo occasionale, alla guida)<br>- è seguito dal SERT o da Unità Operativa di Alcoologia ? SI NO<br>se SI indicare sede e da quale data è stato / è in cura .....   | SI | NO |
| G - soffre o ha sofferto di malattie del sangue (esempio: leucemia/ anemia/ trombocitopenia/ piastrinopenia)<br>se SI quali .....   | SI | NO |
| H - soffre o ha sofferto di malattie dell'apparato urogenitale (glomerulonefrite/ insufficienza renale grave)<br>se SI quali .....  | SI | NO |
| è in trattamento dialitico..... ha effettuato trapianto renale  | SI | NO |
| E' INVALIDO: - CIVILE - per causa di GUERRA - per causa di SERVIZIO - per causa di LAVORO - INPS - per giudizio collegio medico<br>se SI percentuale d'invalidità .....   | SI | NO |
| E' stato mai visitato da una Commissione Medica Locale Patenti  | SI | NO |
| Soffre o ha sofferto di altre patologie, ha subito incidenti stradali, infortuni sul lavoro, traumi accidentali<br>(esempio: traumi cranici)<br>se SI quali .....   | SI | NO |
| Ha subito ricoveri ospedalieri<br>Se SI indichi epoca e malattie riscontrate (eventuali interventi chirurgici)  | SI | NO |
| Utilizza lenti a contatto   | SI | NO |
| Utilizza protesi acustiche oreccio dx oreccio SX  | SI | NO |
| Sussistenza di patologie come Glaucoma, Retinopatia Degenerazione Maculare<br>se SI quali .....   | SI | NO |
| Interventi Chirurgico Oculari<br>se SI quali .....  | SI | NO |
| Infortuni Oculari<br>se SI quali .....  | SI | NO |
| Processi Flogistici Oculari<br>se SI quali .....  | SI | NO |

(avvertenze: barrare con una "x" la casella corrispondente)

Data.....

Firma del/la dichiarante.....

Firma del genitore.....  
(in caso di minorenne)

(\*) Nel caso di dichiarazione mendace si provvederà a sottoporre a revisione la patente di guida con conseguente revoca della stessa, ai sensi degli art. 128 129/130 Codice della Strada, salvo che non si configuri ipotesi di reato.