

DICHIARAZIONE DA FIRMARE IN PRESENZA DEL MEDICO ESAMINATORE

.....sottoscritt.....

nat. .... a ..... prov. (.....)

il ...../...../..... residente in .....

prov. (.....), via/piazza .....

nell'ambito dell'accertamento medico legale, dell'idoneità psicofisica al conseguimento/conferma della patente di guida dei veicoli di cui alla categoria .....

DICHIARA

- sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio Sì  No   
( se Sì quali .....) )
- sussiste diabete Sì  No   
( se Sì specificare se insulino-dipendente .....) )
- sussistono altre patologie endocrine Sì  No   
( se Sì quali .....) )
- sussistono turbe e/o patologie psichiche Sì  No   
( se Sì quali .....) )
- fa uso di sostanze psicoattive Sì  No   
( se Sì quali .....) )
- sussistono patologie del sistema nervoso Sì  No   
( se Sì quali .....) )
- soffre di epilessia o ha manifestato crisi epilettiche Sì  No   
( se Sì specificare quando si è manifestata l'ultima .....) )
- sussistono malattie del sangue Sì  No   
( se Sì quali .....) )
- sussistono malattie dell'apparato uro-genitale Sì  No   
( se Sì quali .....) )
- sussistono patologie visive Sì  No   
( se Sì quali .....) )
- sussistono patologie uditive Sì  No   
( se Sì quali .....) )
- è invalido civile o del lavoro o di guerra o per servizio Sì  No   
( se Sì specificare per quali malattie ed in quale misura (%/Tab.) .....) )

Data .....

Firma dell'interessato/a

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.

Barrare la voce che interessa.