

__l__ sottoscritt__ _____

nat__a_____ Prov.(_____)

il__ / __ / __ residente in _____ Prov.(_____)

Via/Piazza _____ Nr. _____

Nell' ambito dell' accertamento medico legale dell' idoneità psicofisica al conseguimento/conferma (*) della patente di guida dei veicoli di cui alla categoria _____

DICHIARA

in relazione agli stati patologici di seguito elencate, che:(* *)

- sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio SI NO
(se SI quali _____)
- sussiste diabete SI NO
(se SI specificare se insulino dipendente SI NO)
- sussistono altre patologie endocrine SI NO
(se SI quali _____)
- sussistono turbe e/o patologie psichiche o neurologiche SI NO
(se SI quali _____)
- fa uso di sostanze psicoattive SI NO
(se SI quali _____)
- soffre di epilessia o ha manifestato crisi epilettiche SI NO
(se SI specificare quando si è manifestata l'ultima _____)
- sussistono malattie del sangue SI NO
(se SI quali _____)
- sussistono malattie dell'apparato uro-genitale SI NO
(se SI quali _____)
- sussistono patologie dell'apparato osteo-articolare SI NO
(se SI quali _____)
- sussistono malattie dell'occhio e/o dell'orecchio SI NO
(se SI quali _____)
- ha diritto a pensioni di invalidità SI NO
(se SI per quali malattie _____)
- Altre patologie SI NO
(se SI quali _____)

__l__ sottoscritt__ dichiara inoltre, sotto la sua personale responsabilità, di:

- a) assumersi ogni responsabilità sua sotto il profilo penale che civile che per opgni implicazione di Legge che questa dichiarazione potrebbe determinare,
- b) essere a conoscenza che in caso di dichiarazione non veritiera si provvederà a sottoporre a revisione la patente di guida con conseguente revoca o sospensione della stessa ai sensi degli art. 128, 129 e 130 del Codice della strada, così come modificati dagli art. 9, 10, 11 del D.P.R. 19 aprile 1994 n. 575, salvo che non si configuri ipotesi di reato.

Data _____

(*) Depennare il caso che non interessa

(* *) Contrassegnare il caso che interessa

Firma del Dichiarante
