

RINNOVO PATENTE DI GUIDA

AUTOCERTIFICAZIONE/DICHIARAZIONE DA FIRMARE
IN PRESENZA DEL MEDICO ESAMINATORE

_____ li, _____

Il sottoscritto/a _____ nato/a
a _____ prov. (_____) il ___/___/_____ residente in
_____ prov.(_____), via/piazza _____
_____ (*) nell'ambito dell'accertamento medico legale dell'idoneità psicofisica al
conseguimento/conferma (*) detta patente di guida dei veicoli di cui alla categoria

DICHIARA,

in relazione agli stati patologici di seguito elencati, che:

- sussistono patologie dell'apparato cardiocircolatorio _____ SI NO
(se SI quali _____)
- sussiste diabete _____ SI NO
(se SI specificare se insulinodipendente _____ SI NO)
- sussistono altre patologie endocrine _____ SI NO
(se SI quali _____)
- sussistono turbe e/o patologie psichiche _____ 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 verificata l'ultima _____)
- sussistono malattie del sangue _____ SI NO
(se SI quali _____)
- sussistono malattie dell'apparato urogenitale _____ SI NO
(se SI quali _____)

In fede

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 DPR 19 Aprile 1994 n. 575, salvo che non si configuri ipotesi di reato.

(*)deppennare il caso che non interessa