

## 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.

(\*)depennare il caso che non interessa