

DICHIARAZIONE DA FIRMARE IN PRESENZA DEL MEDICO ESAMINATORE

..... I..... 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

in relazione agli stati patologici di seguito elencati, che:

- sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio 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 manifestata l'ultima)
- sussistono malattie del sangue SI NO
 (se SI quali)
- sussistono malattie dell'apparato uro-genitale SI NO
 (se SI quali)

Data

Firma

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.

(*) depennare la voce che non interessa.