

DICHIARAZIONE DA FIRMARE IN PRESENZA DEL MEDICO ESAMINATORE

.....sottoscritt.....
 nat..... aprov. (.....)
 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

.....

.....

(firmare solo al momento della visita)

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.