

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLA SUSSISTENZA DI PRECEDENTI MORBOSI



Il/la Sig.re/ra _____
 _____ (Cognome) _____ (Nome)
 Nato/a a _____
 _____ (Comune) _____ (Prov.) _____ (giorno) _____ (mese) _____ (anno) _____ (Tel.)

Soffre o ha sofferto di patologie dell'apparato cardiocircolatorio (esempio: ipertensione/infarto miocardio/angina presenza di pace maker/aritmia/defibrillatore/aneurisma/endocardite, pregresso intervento cardiaco di by-pass/protesi valvolari/trapianto cardiaco)? Se si, quali?	SI	NO
Soffre o ha sofferto di diabete? Se si, in terapia con: <input type="checkbox"/> regime dietetico <input type="checkbox"/> ipoglicemizzanti orali <input type="checkbox"/> insulina	SI	NO
Soffre o ha sofferto di patologie endocrine (esempio della tiroide/ipofisi/surrene)? Se si, quali?	SI	NO
Soffre o ha sofferto di malattie del sistema nervoso centrale o periferico? a: encefalite / sclerosi multipla / miastenia grave / malattie del sistema nervoso associate ad atrofia muscolare progressiva e/o disturbi miotonici. b: postumi invalidanti di traumatismi del sistema nervoso centrale o periferico. Se si, quali?	SI	NO
Soffre o ha sofferto di epilessia? Se si, specificare quando si è manifestata l'ultima crisi gg/mm/anno.....in terapia con.....	SI	NO
Soffre o ha sofferto di malattie psichiche? Se si, quali?	SI	NO
Fa uso attuale o in passato, di sostanze psicoattive? Se si, quali? <input type="checkbox"/> Droghe <input type="checkbox"/> Psicofarmaci <input type="checkbox"/> Alcool (anche solo occasionale alla guida) E' seguito dal SE.R.T. o da Unità Operativa di Alcoologia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Se si, indicare sede e da quale data è stato / è in cura.....	SI	NO
Soffre o ha sofferto di malattie del sangue (esempio: leucemia/anemia/trombocitopenia/piastrinopenia)? Se si, quali?	SI	NO
Soffre o ha sofferto di malattie dell'apparato urogenitale (glomerulo nefrite/insufficienza renale grave)? Se si, quali?	SI	NO
È in trattamento dialitico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Ha effettuato trapianto renale? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
E' Invalido Civile? Per cause di Servizio? Per cause di Lavoro/Inps? Se si, indicare la percentuale di invalidità	SI	NO
E' stato mai visitato da una Commissione Medica Locale Patenti?	SI	NO
Soffre o ha sofferto di altre patologie? Ha subito incidenti stradali? Infortuni sul lavoro? Traumi accidentali (esempio traumi cranici)? Se si, quali?	SI	NO
Ha subito ricoveri ospedalieri? Se si, indicare epoca e malattie riscontrate (eventuali interventi chirurgici).	SI	NO
Utilizza lenti a contatto?	SI	NO
Utilizza protesi acustiche? <input type="checkbox"/> Orecchio Dx <input type="checkbox"/> Orecchio Sn	SI	NO
Sussistono patologie oculari, come Glaucoma / Retinopatia / Degenerazione Maculare? Se si, quali?	SI	NO
Ha subito interventi Chirurgico Oculari? Se si, quali?	SI	NO
Accusa russamento? Se si, specificare: <input type="checkbox"/> Abituale (tutte le notti) <input type="checkbox"/> Persistente (da almeno sei mesi) <input type="checkbox"/> Con Apnee (pause respiratorie)	SI	NO

Data.....

Firma del/la dichiarante
 Firma del genitore (se minore)

(Avvertenze: barrare con una "x" la casella corrispondente)

Nel caso di dichiarazioni mendaci si provvederà a sottoporre a revisione la patente di guida con conseguente revoca della stessa, ai sensi degli art.128/129/130 Codice della Strada, salvo che non si configuri ipotesi di reato.