

REGIONE ABRUZZO
 AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE - TERAMO
 Unità Operativa Complessa di Medicina Legale e Sicurezza Sociale
 Via Cesare Battisti, 7 - Teramo



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

DICHIARA (*) IN RELAZIONE AGLI STATI PATOLOGICI SOTTO INDICATI CHE :

A -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
B -soffre o ha sofferto di diabete in terapia con: regime dietetico ipoglicemizzanti orali insulina	SI	NO
C -soffre o ha sofferto di patologie endocrine (esempio: della tiroide /ipofisi / surrene) se SI quali	SI	NO
D -soffre o ha sofferto di malattie del sistema nervoso centrale o periferico: a encefalite sclerosi multipla miastenia grave malattia con atrofia muscolare malattie del sistema nervoso associate ad atrofia muscolare progressiva e/o disturbi miotonici b malattie del sistema nervoso centrale o periferico c postumi invalidanti di traumatismi del sistema nervoso centrale o periferico se SI quali	SI	NO
d - soffre o ha sofferto di epilessia se SI specificare quando si è manifestata l'ultima crisi gg/ mm/anno.....in terapia con.....	SI	NO
E - soffre o ha sofferto di malattie psichiche se SI quali..... in cura presso	SI	NO
F - fa uso, attuale o in passato, di sostanze psicoattive se SI quali: droghe psicofarmaci alcool (anche solo occasionale, alla guida) - è seguito dal SERT o da Unità Operativa di Alcoologia ? SI NO se SI indicare sede e da quale data è stato / è in cura	SI	NO
G - soffre o ha sofferto di malattie del sangue (esempio: leucemia/anemia/trombocitopenia/piastrinopenia) se SI quali.....	SI	NO
H -soffre o ha sofferto di malattie dell'apparato urogenitale (glomerulonefrite/ insufficienza renale grave) se SI quali	SI	NO
è in trattamento dialitico..... ha effettuato trapianto renale		
E' INVALIDO: - CIVILE - per causa di GUERRA - per causa di SERVIZIO - per causa di LAVORO - INPS - per giudizio collegio medico se SI percentuale d'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 indichi epoca e malattie riscontrate (eventuali interventi chirurgici)	SI	NO
Utilizza lenti a contatto	SI	NO
Utilizza protesi acustiche orecchio dx orecchio SX	SI	NO
Sussistenza di patologie come Glaucoma, Retinopatia Degenerazione Maculare se SI quali	SI	NO
Interventi Chirurgico Oculari se SI quali	SI	NO
Infortuni Oculari se SI quali	SI	NO
Processi Flogistici Oculari se SI quali	SI	NO

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

Data.....

Firma del/la dichiarante.....

Firma del genitore.....
 (in caso di minorenne)

(*)Nel caso di dichiarazione mendace 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.