

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLA SUSSISTENZA DI PRECEDENTI MORBOSI



Il/la Sig./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
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
Soffre o ha sofferto di sindrome delle apnee notturne? Se si, utilizza un dispositivo CPAP? : <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Da quando e per quante ore a notte? .....	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? (ad es.: morbo di Parkinson, encefalite, sclerosi multipla, miastenia grave, malattie del sistema nervoso associate ad atrofia muscolare progressiva e/o disturbi miotonici, attacchi ischemici transitori, ictus, decadimento cognitivo, stato di coma, neuropatie degli arti, postumi invalidanti di traumasmi del sistema nervoso centrale o periferico etc.)? 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? (ad es: ansia, depressione, psicosi, disturbi della personalità allucinazioni, etc)? Se si, quali? .....	SI	NO
Fa uso attuale o ha fatto uso 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) È seguito dal S.E.R.D. o da Unità Operativa di Alcolologia? <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 (es.: leucemia/policitemia/anemia/trombocitosi/piastrinopenia, etc.)? Se si, quali? .....	SI	NO
Soffre o ha sofferto di malattie dell'apparato urogenitale (es.: glomerulonefrite/insufficienza renale, etc.)? 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		
È affetto da malattie dell'apparato visivo (es.: glaucoma, retinopatia, maculopatia, cheratocono, etc.)? Se si, quali? .....	SI	NO
Utilizza: <input type="checkbox"/> Occhiali da vista <input type="checkbox"/> Lenti a contatto		
Ha subito interventi chirurgici agli occhi? Se si, quali? .....	SI	NO
È affetto da malattie dell'apparato uditivo (ad es.: ipoacusia, sordità, etc.)? Se si, quali? .....	SI	NO
Utilizza protesi acustiche? <input type="checkbox"/> Orecchio Dx <input type="checkbox"/> Orecchio Sx	SI	NO
Soffre o ha sofferto di altre patologie? Ha subito incidenti stradali? Infortuni sul lavoro? Traumi accidentali? Se si, quali? .....	SI	NO
Ha subito ricoveri ospedalieri? Se si, indicare epoca e malattie riscontrate (eventuali interventi chirurgici).....	SI	NO
Ha in corso terapie farmacologiche di qualsiasi tipo? Se si, specificare quali farmaci .....	SI	NO
È Invalido Civile (oppure per cause di Lavoro, di Guerra, di Servizio)? Se si, indicare la percentuale di invalidità .....	SI	NO
È stato mai visitato da una Commissione Medica Locale Patenti? Se si, di quale Provincia? .....	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.