**DICHIIARAZIONE 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 **malattie****dell’apparato cardiocircolatorio**(ad es.: ipertensione/infarto miocardio/angina presenza di pace maker/aritmia/defibrillatore/aneurisma/endocardite, pregresso intervento cardiaco di by-pass, protesi valvolari, trapianto cardiaco, etc.)?**Se sì, quali**? ………………………………………………………………………………………………………………….. | SI | NO |
| Soffre o ha sofferto di **russamento**? **Se sì, specificare:** **□ Abituale** (tutte le notti) **□ Persistente** (da almeno sei mesi)  □ **Con apnee** (pause respiratorie)  | SI | NO |
| Soffre o ha sofferto di **sindrome delle apnee notturne**? **Se si, utilizza un dispositivo** **CPAP**? □ Si □ NoDa quando e per quante ore a notte? ………………………………………………………………………………………….. | SI | NO |
| Soffre o ha sofferto di **diabete**? **Se sì, in terapia con:** □ **regime dietetico** □ **ipoglicemizzanti orali** □ **insulina**  | SI | NO |
| Soffre o ha sofferto di **malattie endocrine** (ad es.: della tiroide, ipofisi, surrene)?**Se sì, 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 traumatismi del sistema nervoso centrale o periferico. etc.)?**Se sì, quali**?………………………………………………………………………………………………………………....... | SI | NO |
| Soffre o ha sofferto di **epilessia**? **Se sì, 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 sì, quali**? …………………………………………………………………………………………………………………… | SI | NO |
| Fa uso attuale o ha fatto uso in passato, di **sostante psicoattive**?**Se sì, quali?** **□ Droghe □ Psicofarmaci** **□ Alcool** (anche solo occasionale alla guida)**È seguito dal SER.D. o da Nucleo Operativo di Alcoologia** □ Si □ No**Se sì**, indicare **sede** e da **quale data** **è stato** / **è cura** …………………………………………………………………………  | SI | NO |
| Soffre o ha soffertodi **malattie del sangue (**ad es.: leucemia, policitemia, anemia, trombocitosi, piastrinopenia, etc.)?**Se sì, quali?** …………………………………………………………………………………………………………………… | SI | NO |
| Soffre o ha sofferto di **malattie** **dell’apparato urogenitale** (ad es.: glomerulonefrite, insufficienza renale, etc.)?**Se sì, quali?** ……………………………………………………………………………………………………………………**È in trattamento dialitico?** □ Si □ No **Ha effettuato trapianto renale?** □ Si □ No | SI | NO |
| È affetto da **malattie dell’apparato visivo** (ad es.: glaucoma, retinopatia, maculopatia, cheratocono, etc.)?**Se sì, quali?** ………..……………………………………………………………………………………………………………Utilizza □ **occhiali da vista** □ **lenti a contatto?** | SI | NO |
| Ha subito **interventi chirurgici agli occhi?****Se sì, quali**? …………………………………………………………………………………………………………………… | SI | NO |
| È affetto da **malattie dell’apparato uditivo** (ad es.: ipoacusia, sordità, etc.)?**Se sì, quali?** ………..……………………………………………………………………………………………………………Utilizza **protesi acustiche?** □ **Orecchio Dx** □ **Orecchio Sn** | SI | NO |
| Soffre o ha sofferto di **altre patologie**? Ha subito **incidenti stradali**? **Infortuni sul lavoro**? **Traumi accidentali**?**Se sì, quali?** …………………………………………………………………………………………………………………….. | SI | NO |
| Ha **subito ricoveri ospedalieri**?**Se sì, indicare epoca e malattie riscontrate** (eventuali interventi chirurgici) ………………………………………………… | SI | NO |
| Ha in corso **terapie farmacologiche** di qualsiasi tipo?**Se sì, specificare quali farmaci** ……………………………………………………………………………………………….. | SI | NO |
| È **invalido Civile** (oppure per cause di Lavoro, di Guerra, di Servizio)? **Se sì, indicare la percentuale di invalidità** …………………………………………………………………………………… | SI | NO |
| È stato mai **visitato da una Commissione Medica Locale Patenti**?**Se sì, 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 reat**o.**