

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 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: <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 sì, utilizza un dispositivo CPAP? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Da quando e per quante ore a notte?	SI	NO
Soffre o ha sofferto di diabete ? Se sì, in terapia con: <input type="checkbox"/> regime dietetico <input type="checkbox"/> ipoglicemizzanti orali <input type="checkbox"/> 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 sostanze psicoattive ? Se sì, quali? <input type="checkbox"/> Droghe <input type="checkbox"/> Psicofarmaci <input type="checkbox"/> Alcool (anche solo occasionale alla guida) È seguito dal SER.D. o da Nucleo Operativo di Alcolologia <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì, indicare sede e da quale data è stato / è cura	SI	NO
Soffre o ha sofferto di 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?	SI	NO
È in trattamento dialitico? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Ha effettuato trapianto renale? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
È affetto da malattie dell'apparato visivo (ad es.: glaucoma, retinopatia, maculopatia, cheratocono, etc.)? Se sì, quali?	SI	NO
Utilizza <input type="checkbox"/> occhiali da vista <input type="checkbox"/> lenti a contatto?		
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?	SI	NO
Utilizza protesi acustiche? <input type="checkbox"/> Orecchio Dx <input type="checkbox"/> Orecchio Sn		
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 configurino ipotesi di reato.