

Dichiarazione sostitutiva del certificato anamnestico

(da firmare in presenza del Medico Legale ASL ovvero della Commissione Provinciale Patenti Speciali)

Il/a sottoscritto/a
nato/a a , il / / e residente in
via nell'ambito dell'accertamento medico legale dell'idoneità psicofisica
al conseguimento / conferma / revisione (specificare) della patente di guida dei veicoli di cui alla categoria

DICHIARA

Di essere stato riconosciuto "Invalido" SI NO

Di essere titolare di esenzione Ticket per patologia SI NO

Se si indicare quali:

In relazione agli stati patologici di seguito elencati, che:

Sussistono (soffre di) *patologie dell'apparato cardiocircolatorio* (Es. pressione alta anche se normalizzata dal trattamento; pregresso infarto; angina; pregresso intervento cardiochirurgico, aneurisma; aritmie)? SI NO

Se si indicare quali:

Soffre di *diabete mellito*? SI NO

Se si, specificare se insulinodipendente

se trattato con dieta o ipoglicemizzanti orali

Sussistono altre (soffre di) *patologie endocrine* (es. della tiroide, dei surreni, dell'ipofisi, ecc.)? SI NO

Se si indicare quali:

Soffre o ha mai sofferto di *malattie neurologiche* (es. morbo di Parkinson, emiparesi, ischemia cerebrale transitoria, sclerosi multipla, ecc.) SI NO

Se si indicare quali:

Soffre o ha mai sofferto di *turbe o patologie psichiche* (es. ansia, depressione, allucinazioni, ecc.)? SI NO

Se si indicare quali e in che periodo ne ha sofferto

E' attualmente o è mai stato in passato in cura con *tranquillanti, antidepressivi, barbiturici, sonniferi od altri farmaci psicotropi?* Fa uso di sostanze psicoattive? SI NO

Se si indicare quali in che periodo ed a quali dosaggi:

Ha mai avuto *sospensioni e/o revisioni della patente di guida in stato di ebbrezza alcolica?* Ha mai avuto problemi relativi ad abuso di alcolici? (es. ricoveri ospedalieri) SI NO

Se si specificare:

Ha mai avuto *sospensioni e/o revisione della patente per uso di sostanze stupefacenti?* Ha mai fatto uso di canapa indiana, eroina, cocaina, anfetamine, LSD od altre droghe d'abuso? SI NO

Se si specificare:

Ha mai subito un *trauma cranico*? SI NO

Se si, specificare quando

Soffre di *epilessia* o ha mai manifestato *crisi epilettiche o convulsioni*? SI NO

Se si, specificare la data dell'ultimo episodio (quando si è manifestata l'ultima)

Se si, specificare la terapia seguita

Negli ultimi 5 anni è mai stato coinvolto come guidatore in incidenti del traffico di qualsiasi tipo, anche se dovuti a responsabilità di altri, e che abbiano causato un danno fisico alla propria e/o altra persona, SI NO

Se si, specificare in quali date:

Sussistono (soffre di) *malattie del sangue*

Se si, specificare quali:

Sussistono (soffre di) *malattie dell'apparato uro-genitale*?

(es. insufficienza renale cronica, ecc.) SI NO

Se si, specificare quali:

Prende medicine o ne ha prese per più di una settimana nell'ultimo anno

Se si, indicare quali, in che periodo ed a quali dosaggi

Ha problemi di vista correggibili con lenti?

Se si, indicare quali:

Porta lenti a contatto?

Ha problemi di udito?

Porta protesi acustiche?

Data, Firma

Sanzioni. In caso di dichiarazione mendace si provvederà a sottoporre a revisione la patente di guida con conseguente revoca o sospensione della stessa ai sensi degli articoli 128, 129 e 130 del Codice della Strada, così come modificati dagli articoli 9, 10 e 11 del DPR 19 Aprile 1994 n. 575, salvo che non si configuri l'ipotesi di reato.