

All'Azienda U.L.S.S. 3 Serenissima - Dipartimento di Prevenzione

U.O.C. MEDICINA LEGALE - P.LE SAN LORENZO GIUSTINIANI 11/DS 30174 MESTRE

Il sottoscritto _____ nato a _____ il ___/___/___
(Cognome) (Nome) (Comune) (g m anno)

residente in _____ via _____ N° _____ CAP _____
(Comune) (Prov)

nell'ambito di visita medico legale finalizzata al rilascio del certificato medico per l'idoneità alla guida dei ciclomotori

D I C H I A R A

di essere stato affetto dagli stati patologici di seguito elencati

- Malattie dell'apparato cardio-circolatorio NO SI quale _____
- Diabete NO SI insulino trattato NO SI
- Malattie endocrine NO SI quale _____
- Turbe e/o patologie psichiche NO SI quale _____
ricoveri(quando) _____
- Epilessia o crisi convulsive NO SI quando ultima crisi _____
terapia NO SI
- Malattie del sangue NO SI quale _____
- Malattie renali gravi - insufficienza renale NO SI quale _____
dialisi NO SI trapianto renale NO SI
- Malattie neurologiche NO SI quale _____

Dichiara inoltre

- Ha fatto/fa uso di farmaci NO SI quali _____
fino a _____

in particolare ha fatto uso / fa uso di

PSICOFARMACI NO SI quali _____ fino a _____

STUPEFACENTI NO SI quali _____ fino a _____

- Beve alcolici (vino, birra) NO SI quantità giornaliera _____
- Beve superalcolici NO SI quantità giornaliera _____
- Fuma NO SI se si quante sigarette al giorno _____
- Ha mai fumato NO SI se si fino al _____ e quante al giorno _____
- Ha mai effettuato visita c/o la Commissione Medica Patenti NO SI per quale motivo _____
- E' stato riconosciuto invalido (civile, INPS, ecc.) NO SI per quale motivo _____
- Ha mai avuto ricoveri NO SI quali _____

Il sottoscritto afferma di aver fornito al medico certificatore affermazione veritiera in merito ai dati anamnestici di cui sopra, conscio della sanzioni a cui va incontro in caso di infedele dichiarazione.

_____ il _____ Firma per esteso _____

Spazio riservato al genitore/tutore

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____

residente a _____ via _____ n. _____ CAP _____

in qualità di genitore (o tutore) del minore sopra identificato, conferma che la dichiarazione resa dallo stesso corrisponde al vero

_____ il _____ Firma per esteso _____

Il genitore/tutore è stato identificato a mezzo di _____ n. _____ rilasciato da _____ il _____
(N.B.) La dichiarazione di conferma da parte del genitore/tutore va rilasciata nell'ambito della visita, oppure trasmessa per tramite dell'interessato allegando fotocopia di valido documento di identità.