

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

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

nell'ambito di visita medico legale

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 _____
- 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 _____

Consapevole che dichiarazioni non corrispondenti al vero possono comportare la revoca e la sospensione della patente di guida, salvo che non si configuri ipotesi di reato (art. 128 e seguenti del Codice della Strada, così come modificati da art. 9, 10 e 11 del D.P.R. 575/94)

_____ il _____ firma per esteso _____