

## AUTODICHIARAZIONE PRELIMINARE A SCOPO PRENOTAZIONE VISITA

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_ nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_, nell'ambito della visita medico legale per l'accertamento dell'idoneità psico-fisica alla guida di veicoli a motore, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia e che in caso di dichiarazione mendace si provvederà a revisione la patente di guida con conseguente revoca o sospensione della stessa,

### DICHIARA

sotto la sua personale responsabilità di essere affetto o di essere stato affetto dalle seguenti patologie:

MALATTIE DELL'APPARATO CARDIO-CIRCOLATORIO (se si specificare diagnosi) _____	SI	NO
MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO (se si specificare diagnosi) _____ <input type="checkbox"/> Sindrome delle apnee notturne <input type="checkbox"/> O2 terapia in atto ore/die	SI	NO
DIABETE (se si specificare il tipo) _____	SI	NO
MALATTIE ENDOCRINE (se si specificare diagnosi) _____	SI	NO
ALTERAZIONI FUNZIONALI APPARATO OSTEO ARTICOLARE: (alterazioni anatomiche o funzionali)	SI	NO
MALATTIE DEL SANGUE: _____	SI	NO
APPARATO URO-GENITALE: (insufficienza renale)	SI	NO
TRAPIANTO D'ORGANO (se si specificare diagnosi, data e stato attuale) _____	SI	NO
MALATTIE DELL'APPARATO VISIVO (se si specificare diagnosi) _____ <input type="checkbox"/> Alterazioni del campo visivo	SI	NO
ALTERAZIONI DELL'APPARATO Uditivo _____	SI	NO
MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO (se si specificare diagnosi) _____ <input type="checkbox"/> Epilessia (se si specificare data ultima crisi) _____	SI	NO
PATOLOGIE ONCOLOGICHE (se si specificare diagnosi e terapie effettuate o in atto) _____	SI	NO
PORTATORE DI PROTESI (se si specificare) _____	SI	NO
INVALIDITA' CIVILE (se si specificare diagnosi e percentuale Tab. %) _____ _____	SI	NO

PATOLOGIE PSICHICHE (se si specificare diagnosi) _____ <input type="checkbox"/> In cura presso strutture psichiatriche territoriali	in passato	SI	NO
CONDIZIONE DI DIPENDENZA DA SOSTANZE PSICOATTIVE: <input type="checkbox"/> Abuso di alcool <input type="checkbox"/> Uso di sostanze stupefacenti <input type="checkbox"/> Uso di sostanze psicotrope	in passato	SI	NO

Eventuali note: \_\_\_\_\_

Roma, li \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Firma dell'interessato

\_\_\_\_\_