

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO ANAMNESTICO

Il sottoscritto nata/o il
 .../.../.....e residente a vian.....
 tel.....(facoltativo), documento di riconoscimento
 n.rilasciato dail .../... /, nell'ambito della visita medico
 legale per l'accertamento dell'idoneità psico fisica al conseguimento / conferma, / revisione (specificare)
 della patente di guida dei veicoli di cui alla categoriaconsapevole che chiunque rilascia dichiarazioni
 mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art.
 46 D.P.R. n. 445/2000 e informato, in relazione agli stati patologici di seguito elencati, che in caso di
 dichiarazione mendace si provvederà, salvo che non si configuri altra ipotesi di reato, a sottoporre, ai sensi
 degli articoli 128, 129 e 130 del Codice della Strada così come modificati dagli articoli 9, 10 e 11 del D.P.R.
 19 aprile 1994 n° 575, 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)	SI	NO
- Sindrome delle apnee notturne	SI	NO
- 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: sindromi emofiliache, linfomi, leucemie ... (se si specificare diagnosi)	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)	SI	NO
- Alterazioni del campo visivo	SI	NO
ALTERAZIONI DELL'APPARATO UDITIVO (se si specificare diagnosi)	SI	NO
MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO (se si specificare diagnosi)	SI	NO
- Epilessia (se si specificare diagnosi e 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)	in passato	SI	NO
In cura presso strutture psichiatriche territoriali	in passato	SI	NO
CONDIZIONE DI DIPENDENZA DA SOSTANZE PSICOATTIVE:	in passato	SI	NO
- Abuso di alcool.....	in passato	SI	NO
- Uso di sostanze stupefacenti.....	in passato	SI	NO
- Uso di sostanze psicotrope.....	in passato	SI	NO
- In cura presso SERT.....	in passato	SI	NO

ANAMNESI (da compilare solo in caso di attuale o pregressa revisione)

REVISIONE / REVOCA PER :

- art. 186 (guida sotto l'effetto di sostanze alcoliche) tasso alcolemico (Anno)
- art. 187 (guida sotto l'effetto di sostanze stupefacenti) (Anno)
- art. 186/7 (rifiuto di sottoporsi al controllo) (Anno)
- art. 128 (Anno)
- Altro.....

Eventuali note:

.....

.....

Firma dell'interessato

Roma, li /.... /
