DICHIARAZIONE DA FIRMARE IN PRESENZA DEL MEDICO ESAMINATORE

___ sottoscritt___ _____ _____

nat___ a _____ prov. (_____)

il _____/_____/_____ residente in _____ prov. (_____)

via _____ _____N°_____

Piazza conseguimento

Nell'ambito dell'accertamento medico legale dell'idoneità psicofisica al__ _____

conferma validità

della patente di guida dei veicoli di cui alla categoria_____

DICHIARA

- patologie dell'apparato cardio-circolatorio [1] NO PREGRESSE IN ATTO
  (da specificare_____)
- diabete [1] NO - SI (se SI specificare se insullinodipendente NO - SI)
- altre patologie endocrine [1] NO PREGRESSE IN ATTO
  (da specificare_____)
- turbe e/o patologie psichiche [1] NO PREGRESSE IN ATTO
  (se SI quali_____)
- fa uso di sostanze psicoattive [1] NO PREGRESSE IN ATTO
  (se SI quali_____)
- malattie del sistema nervoso [1] NO PREGRESSE IN ATTO
  (se SI quali_____)
- soffre di epilessia o ha manifestato crisi epilettiche [1] NO - SI
  (se SI specificare quando si è manifestata l'ultima crisi _____)
- malattie del sangue [1] NO PREGRESSE IN ATTO
  (se SI quali_____)
- malattie dell'apparato uro-genitale [1] NO PREGRESSE IN ATTO
  (se SI quali_____)

Dichiara infine di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ex D. Lgs. 30.6.2003 n. 196, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti.

DATA FIRMA

_____, _____ _____

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 D.P.R. 19 aprile 1994 n° 575, salvo che non si configuri ipotesi di reato.

[1] barrare con una **X** le caselle interessate.