

**DICHIARAZIONE RELATIVA ALLA SUSSISTENZA DI PRECEDENTI MORBOSI**



Il/la Sig.re/ra \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ (Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome)  
 Nato/a a \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ (Comune) \_\_\_\_\_ (Prov.) \_\_\_\_\_ (giorno) \_\_\_\_\_ (mese) \_\_\_\_\_ (anno) \_\_\_\_\_ (Tel.)

|  |    |    |
|--|----|----|
| Soffre o ha sofferto di patologie <b>dell'apparato cardiocircolatorio</b> (esempio: ipertensione/infarto miocardio/angina presenza di pace maker/aritmia/defibrillatore/aneurisma/endocardite, pregresso intervento cardiaco di by-pass/protesi valvolari/trapianto cardiaco)?<br>Se si, quali? .....  | SI | NO |
| Accusa <b>russamento</b> ? Se si, specificare:<br><input type="checkbox"/> Abituale (tutte le notti)<br><input type="checkbox"/> Persistente (da almeno sei mesi)<br><input type="checkbox"/> Con Apnee (pause respiratorie)   | SI | NO |
| Soffre o ha sofferto di sindrome delle <b>apnee notturne</b> ? Se si, utilizza un dispositivo CPAP? : <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No<br>Da quando e per quante ore a notte? .....   | SI | NO |
| Soffre o ha sofferto di <b>diabete</b> ?<br>Se si, in terapia con: <input type="checkbox"/> regime dietetico <input type="checkbox"/> ipoglicemizzanti orali <input type="checkbox"/> insulina   | SI | NO |
| Soffre o ha sofferto di <b>patologie endocrine</b> (esempio della tiroide/ipofisi/surrene)?<br>Se si, quali? .....   | SI | NO |
| Soffre o ha sofferto di <b>malattie del sistema nervoso centrale o periferico</b> ? (ad es.: morbo di Parkinson, encefalite, sclerosi multipla, miastenia grave, malattie del sistema nervoso associate ad atrofia muscolare progressiva e/o disturbi miotonici, attacchi ischemici transitori, ictus, decadimento cognitivo, stato di coma, neuropatie degli arti, postumi invalidanti di traumatismi del sistema nervoso centrale o periferico etc.)?<br>Se si, quali? ..... | SI | NO |
| Soffre o ha sofferto di <b>epilessia</b> ? Se si, specificare quando si è manifestata l'ultima crisi<br>gg/mm/anno.....in terapia con.....   |    |    |
| Soffre o ha sofferto di <b>malattie psichiche</b> ? (ad es: ansia, depressione, psicosi, disturbi della personalità allucinazioni, etc)?<br>Se si, quali? .....  | SI | NO |
| Fa uso attuale o ha fatto uso in passato, di <b>sostanze psicoattive</b> ?<br>Se si, quali? <input type="checkbox"/> Droghe <input type="checkbox"/> Psicofarmaci <input type="checkbox"/> Alcool (anche solo occasionale alla guida)<br>È seguito dal <b>SER.D.</b> o da Unità Operativa di Alcolologia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No<br>Se si, indicare sede e da quale data è stato / è in cura.....   | SI | NO |
| Soffre o ha sofferto di <b>malattie del sangue</b> (es.: leucemia/policitemia/anemia/trombocitosi/piastrinopenia, etc.)?<br>Se si, quali? .....  | SI | NO |
| Soffre o ha sofferto di malattie <b>dell'apparato urogenitale</b> (es.: glomerulonefrite/insufficienza renale, etc.)?<br>Se si, quali? .....   | SI | NO |
| <b>È in trattamento dialitico</b> ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <b>Ha effettuato trapianto renale</b> ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  |    |    |
| È affetto da malattie <b>dell'apparato visivo</b> (es.: glaucoma, retinopatia, maculopatia, cheratocono, etc.)?<br>Se si, quali? .....   | SI | NO |
| Utilizza: <input type="checkbox"/> Occhiali da vista <input type="checkbox"/> Lenti a contatto   |    |    |
| Ha subito <b>interventi chirurgici agli occhi</b> ?<br>Se si, quali? .....   | SI | NO |
| È affetto da malattie <b>dell'apparato uditivo</b> (ad es.: ipoacusia, sordità, etc.)?<br>Se si, quali? .....  | SI | NO |
| Utilizza <b>protesi acustiche</b> ? <input type="checkbox"/> Orecchio Dx <input type="checkbox"/> Orecchio Sx  | SI | NO |
| Soffre o ha sofferto di <b>altre patologie</b> ? Ha subito incidenti stradali? Infortuni sul lavoro? Traumi accidentali?<br>Se si, quali? .....  | SI | NO |
| Ha subito <b>ricoveri ospedalieri</b> ?<br>Se si, indicare epoca e malattie riscontrate (eventuali interventi chirurgici).....   | SI | NO |
| Ha in corso <b>terapie farmacologiche</b> di qualsiasi tipo?<br>Se si, specificare quali farmaci .....   | SI | NO |
| È <b>Invalido Civile</b> (oppure per cause di Lavoro, di Guerra, di Servizio)?<br>Se si, indicare la percentuale di invalidità .....   | SI | NO |
| È stato mai visitato da una <b>Commissione Medica Locale Patenti</b> ?<br>Se si, di quale Provincia? .....   |    |    |

Data.....

Firma del/la dichiarante .....  
 Firma del genitore (se minore) .....

(Avvertenze: barrare con una "x" la casella corrispondente)

Nel caso di dichiarazioni mendaci si provvederà a sottoporre a revisione la patente di guida con conseguente revoca della stessa, ai sensi degli art.128/129/130 Codice della Strada, salvo che non si configuri ipotesi di reato.