



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
S.C. MEDICINA LEGALE
DIRETTORE F.F.: Dott. *Giuseppe Bonomo*

DICHIARAZIONE DA FIRMARE IN PRESENZA DEL MEDICO ESAMINATORE

.... sottoscritt nat ... a prov (.....)
il / / residente in
prov. (.....), via / piazza
nell'ambito dell'accertamento medico legale dell'idoneità psicofisica al conseguimento/conferma (*)
della patente di guida dei veicoli di cui alla categoria

DICHIARA,

in relazione agli stati patologici di seguito elencati, che:

- sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio SI – NO

(se SI quali)

- sussiste diabete SI – NO

- sussistono altre patologie endocrine SI – NO

(se SI quali)

sussistono patologie osteoarticolari SI – NO

(se SI quali)

- sussistono turbe psichiche SI – NO

(se SI quali)

- fa uso di Alcol/Sostanze stupefacenti e Psicotrope SI – NO

(se SI quali)

- soffre di epilessia o ha manifestato crisi epilettiche SI – NO

(se SI specificare quando si è manifestata l'ultima)

- sussistono malattie del sangue SI – NO

(se SI quali)

- sussistono malattie dell'apparato uro-genitale SI – NO

(se SI quali)

- sussistono malattie riconosciute dipendenti da cause di servizio SI – NO

- “ “ “ “ “ infortunio sul lavoro SI – NO

- “ “ “ “ “ invalidità civile SI – NO

(se SI quali)

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 artt. 128,129 del C.d.S.