

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