

Da portare già firmato e compilato il giorno della visita medica

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICATO ANAMNESTICO

DA COMPILARE A CURA DEL PAZIENTE PRIMA DI PRENOTARE LA VISITA ~~LA FIRMA VERRA' APPOSTA IN CORSO DI VISITA~~

Il sottoscritto/a

nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via _____

DICHIARA sotto la propria responsabilità, in relazione agli stati patologici sotto elencati

(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. 128-129-130 Cds come modificati dagli artt. 9-10-11 del DPR 575/94 salvo ipotesi di reato)

1.Soffre di patologie a carico dell'apparato cardio-circolatorio? NO SI

Se SI specificare quali

2.Ha il diabete mellito? NO SI

Se SI specificare se

ha complicanze relative al diabete? NO SI

Se SI specificare quali

3.Ha altre patologie endocrine? NO SI

Se SI specificare quali

4.Soffre di patologie del sistema emopoietico? NO SI

Se SI specificare quali

5.Soffre di patologie a carico dell'apparato urogenitale? NO SI

Se SI specificare quali

6.Soffre di patologie a carico dell'apparato osteo-articolare e muscolare? NO SI

Se SI specificare quali

7.Soffre di patologie della vista? NO SI

Se SI specificare quali

8.Ha problemi di udito? NO SI

Se SI specificare quali

9.Ha patologie a carico del sistema nervoso? NO SI

Se SI specificare quali

10.Soffre di Epilessia? NO SI

Se SI specificare di che tipo

11.Soffre di turbe e/o patologie psichiche? NO SI

Se SI specificare di che tipo

12.Fa o ha fatto ricorso a sostanze psicoattive? NO SI

Se SI specificare se l'uso è: in atto _____ pregresso _____

Specificare inoltre se si tratta di: alcol stupefacenti sostanze psicotrope (psicofarmaci)

13.Soffre di sindrome delle apnee notturne (OSAS)? NO SI

Se SI specificare se usa apparecchi notturni (tipo CPAP) NO SI

14.Ha un'invalità riconosciuta (Civile, INPS, INAIL, L.104/92)? NO SI

Se SI specificare la percentuale %

Data ____/____/____

Firma _____