

**AUTOCERTIFICAZIONE (ARTA6 DPR 28/12/2000 N.445) E RELAZIONE DI VISITA
MEDICA DELLA PATENTE DI GUIDA RELATIVO ALLA PERSONA DI:**

IL SIG./A. _____

NATO/A A _____ IL _____

DOMICILIO indicare l'indirizzo dove si riceve la Posta anche presso terzi: _____

VIA _____ N. _____

C.A.P. _____ CITTA' _____

CODICE FISCALE _____

TELEFONO CELL. _____ NUMERO PATENTE _____

LA NUOVA PATENTE VERRA' INVIATA PER POSTA RACCOMANDATA ASSICURATA, CON SPESE POSTALI A CARICO DEL DESTINATARIO

DICHIARA

In caso di dichiarazione mendace si provvedera' a sottoporre a revisione la Patente di Guida co conseguente revoca o sospensione della stessa ai sensi degli articoli 128,129 e 130 del Codice della strada, e successive modifiche salvo che non si configuri ipotesi di Reato.

- sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio SI NO
(se SI quali _____)

- sussiste diabete SI NO
(se SI Serve Certificato Medico rilasciato dal Diabetologo)

- sussistono altre patologie endocrine SI NO
(se SI quali _____)

- sussistono turbe e/o patologie psichiche o neurologiche SI NO
(se SI quali _____)

- fa uso di sostanze psicoattive 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 patologie dell'apparato osteo-articolare SI NO
(se SI quali _____)

- sussistono malattie dell'occhio e/o dell'orecchio SI NO
(se SI quali _____)

- ha diritto a pensioni di invalidità SI NO
(se SI per quali malattie _____)

- altre patologie SI NO
(se SI quali _____)

Data _____

FIRMA →

la firma apparira' sulla nuova Patente