

IL SIG./A. _____

NATO/A A _____ IL _____

DOMICILIATO/A IN VIA _____ N. _____

C.A.P. _____ CITTA' _____

TELEFONO CELL. _____

(facoltativo) ALTRO INDIRIZZO DI SPEDIZIONE - LA NUOVA PATENTE VERRA' INVIATA PER POSTA
RACCOMANDATA ASSICURATA, CON SPESE POSTALI A CARICO DEL DESTINATARIO, ANCHE PRESSO TERZI :
PRESSO _____ VIA _____ CITTA' _____

DICHIARA

In caso di dichiarazione mendace si provvedera' a sottoporre a revisione la Patente di Guida con 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 (se SI quali _____) SI NO
- sussiste diabete (se SI : serve Certificato Medico rilasciato dal Diabetologo) _____ SI NO
- sussistono altre patologie endocrine (se SI quali _____) SI NO
- sussistono turbe e/o patologie psichiche o neurologiche (se SI quali _____) SI NO
- fa uso di sostanze psicoattive (se SI quali _____) SI NO
- soffre di epilessia o ha manifestato crisi epilettiche (se SI specificare quando si è manifestata l'ultima _____) SI NO
- sussistono malattie del sangue (se SI quali _____) SI NO
- sussistono malattie dell'apparato uro-genitale (se SI quali _____) SI NO
- sussistono patologie dell'apparato osteo-articolare (se SI quali _____) SI NO
- sussistono malattie dell'occhio e/o dell'orecchio (se SI quali _____) SI NO
- fa uso di Farmaci pericolosi per la Guida dei Veicoli (se SI quali _____) SI NO
- altre patologie (se SI quali _____) SI NO

La firma apparira' sulla nuova Patente

FIRMARE AL CENTRO DELLO SPAZIO BIANCO

Data _____

FIRMA-->