AUTOCERTIFICAZIONE (ART.6 DPR 28/12/2000 N.445)
E RELAZIONE DI VISITA MEDICA DELLA PATENTE DI GUIDA RELATIVO ALLA PERSONA DI:

IL SIG./A		_
NATO/A AIL		_
DMICILIATO/A IN VIANNN.		_
C.A.PCITTA'		_
CODICE FISCALE		_
TELEFONO CELLNUMERO PATENTE		_
LA NUOVA PATENTE VERRA' INVIATA PER POSTA RACCOMANDATA ASSICURATA, CON SPESE POSTALI A CARICO DEL DESTINATARIO, ANCHE PRESSO TERZI , EVENTUALMENTE DA INDICARE QUI :		_
DICHIARA		
In caso di dichiarazione mendace si provvedera' a sottoporre a revisione la Patente di Guida co conseguente revoca o sosper della stessa ai sensi degli articoli 128,129 e 130 del Codice della strada, e successive modifiche salvo che non si configuri ipo		
- sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio (se SI quali	SI □ )	NO 🗌
- sussiste diabete (se SI : serve Certificato Medico rilasciato dal Diabetologo )	) )	NO 🗆
- sussistono altre patologie endocrine (se SI quali	) SI□	NO 🗆
-sussistono turbe e/o patologie psichiche o neurologiche (se SI quali	) sl	NO $\square$
- fa uso di sostanze psicoattive (se SI quali	)	NO _
- soffre di epilissia o ha manifestato crisi epilettiche (se SI specificare quando si è manifestata l'ultima	sı□ )	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	)	NO 🗆
- sussistono malattie dell'occhio e/o dell'orecchio (se SI quali	)	NO $\square$
- fa uso di particolari Farmaci (se SI quali	) SL_	NO 🗆
- altre patologie (se SI quali	SI	NO
La firma apparira' sulla nuova Patente FIRMARE AL CENTRO DELLO SPAZIO BIANCO		
Data		
FIRMA>		