

**AUTOCERTIFICAZIONE (ART.46 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 RACCOMDATA ASSICURATA, CON SPESE POSTALI A CARICO DEL DESTINATARIO

**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 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 ---->