

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 A _____ **IL** _____

DOMICILIO SPEDIZIONE IN VIA _____ **N.** _____

CAP _____ **CITTA'** _____ **CODICE FISCALE** _____

TELEFONO CELL. _____ **Indirizzo MAIL** _____

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

DICHIARA

In caso di dichiarazione mendace si provvederà 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 configurino ipotesi di Reato.

- sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio SI ☐ NO ☐
(se SI : serve portare ultima visita Cardiologica) _____)

- 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 osteoarticolari SI ☐ NO ☐
(se SI quali _____)

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

- fa uso di particolari Farmaci SI ☐ NO ☐
(se SI quali _____)

- altre patologie SI ☐ NO ☐
(se SI quali _____)

La firma apparirà sulla nuova Patente

FIRMARE AL CENTRO DELLO SPAZIO BIANCO

DATA :