

## RINNOVO PATENTE DI GUIDA

AUTOCERTIFICAZIONE DA FIRMARE IN PRESENZA DEL MEDICO ESAMINATORE

Il sottoscritto

nato a

( ) il

residente in

( ), via/piazza

cap

nell'ambito dell'accertamento medico legale dell'idoneità psicofisica al conseguimento della patente di guida dei veicoli di cui alla categoria

### DICHIARA

In relazione agli stati patologici di seguito elencati, che:

- sussistono patologie dell'apparato cardiocircolatorio SI NO

(se SI quali )

- sussiste diabete SI NO

(se SI specificare se insulindipendente )

- sussistono altre patologie endocrine SI NO

(se SI quali )

- sussistono turbe psichiche SI NO

(se SI quali )

- fa uso di sostanze psicoattive SI NO

(se SI quali )

- soffre di crisi epilettiche SI NO

( se SI specificare quando so è verificata l'ultima )

- sussistono malattie del sangue SI NO

(se SI quali )

- sussistono malattie dell'apparato urogenitale SI NO

(se SI quali )

IN FEDE, \_\_\_\_\_

In caso di dichiarazione mendace si provvederà a sottoporre a revisione la patente di guida con conseguente revoca o sospensione della stessa ai sensi degli articoli 128, 129 e 130 del DPR 19 aprile 1994 n° 575, salvo che non si configuri ipotesi di reato.

