

(art 119, D.lgs 285/1992 “Nuovo Codice della Strada)

DICHIARAZIONE RILASCIO RINNOVO REVISIONE PATENTE

Il/La sottoscritto/a:

nome					
cognome					
nato/a a		prov.		, il	
residente in				prov.	
via/p.zza				num.	
tel./cell.		n. patente			
rilasciata da			scadenza		

CHIEDE

di essere sottoposto agli accertamenti sanitari e medico legali per la certificazione dell'idoneità psicofisica per

- RILASCIO* patente categoria
- RINNOVO patente categoria data di scadenza
- REVISIONE patente su richiesta della Motorizzazione o della Prefettura

A tal fine, **consapevole** che in caso di dichiarazioni non corrispondenti al vero si applicheranno le sanzioni penali richiamate all'art 76 del DPR 445/2000, **a conoscenza**, ai sensi dell'art. 13 D.Lgs n. 196/2003, che i dati personali riportati nella presente dichiarazione saranno trattati esclusivamente ai fini del procedimento nel cui ambito la dichiarazione stessa viene resa,

DICHIARA CHE

(barrare la voce corrispondente al motivo della richiesta)

- | | | | |
|--|--|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> C | sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio..... | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> C1 | sussiste solo ipertensione..... | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> D1 | sussiste diabete (seguito dal Centro Anti-diabete)..... | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> D2 | sussiste diabete (non seguito dal Centro Anti-diabete)..... | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> D3 | sussiste diabete in soggetto con patente cat. Superiore..... | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> E | sussistono altre patologie endocrine..... | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> P | sussistono turbe e/o patologie psichiche..... | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> UP | fa uso di sostanze psicoattive..... | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> CE | soffre di epilessia o ha manifestato crisi epilettiche..... | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> S | sussistono malattie del sangue..... | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> U | sussistono malattie dell'apparato uro-genitale..... | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> PCDE | patenti categoria superiore..... | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> I | incidente stradale..... | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> AL | abuso di alcool..... | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> M | sussistono malattie del sistema nervoso..... | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> ST | uso di sostanze..... | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> V | deficit visivo e monocoli..... | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> ALTRO (specificare) | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

Luogo e data _____ In fede _____