

PRENOTAZIONE VISITA COMMISSIONE PATENTI

Nome Cognome

nato a Prov. (.....) il

residente a in Via

Recapito telefonico

Motivo della visita: **RILASCIO** **RINNOVO** **REVISIONE**

Patente di guida categoria n° rilasciata da

il con scadenza

Il sottoscritto dichiara di essere o essere stato affetto dalle seguenti patologie:

- 1 - VISTA

- 2 - UDITO

- 3 - AFFEZIONI CARDIOVASCOLARI 3A cardiopatia ischemica/aritmica
 3B cardiopatia dilatativa
 3C cardiopatia ipertensiva/valvolare

- 4 - DIABETE CON COMPLICANZE 4A soggetto seguito da Centro diabetologico
 4B soggetto non seguito da Centro diabetologico

- 5 - MALATTIE ENDOCRINE 5A malattie della tiroide
 5B malattie di altre ghiandole endocrine (surreni, ipofisi ecc)

- 6 - MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO

- 7 - EPILESSIA

- 8 - MALATTIE PSICHICHE

- 9 - MALATTIE APPARATO URO-GENITALE

- 10 - MINORAZIONI FISICHE ANATOMICHE E/O FUNZIONALI DI ARTI SUPERIORI,
INFERIORI O RACHIDE

- 11 - USO DI SOSTANZE PSICOATTIVE 11A Alcool
 11B sostanze stupefacenti
 11C psicofarmaci

- 12 - DISTURBI DEL SONNO 12 A S. apnee ostruttive del sonno (OSAS)
 12 B Narcolessia

- 13 - REVISIONE A SEGUITO DI INCIDENTE STRADALE

- 14 - LIMITI DI ETA' (per le patenti di categoria superiore)

Luogo e data Firma

Si allega alla presente copia della patente di guida o, se non disponibile, copia di valido documento di identità.