

## COMMISSIONE MEDICA LOCALE area provinciale senese

### DICHIARAZIONE DA FIRMARE IN PRESENZA DEL MEDICO ESAMINATORE

il/la sottoscritto/a .....

Nato/a .....prov.(.....) il ...../...../.....

il quale informato, in relazione agli stati patologici e/o alle condizioni di seguito elencati, che in caso di dichiarazione mendace si provvederà, salvo che non si configuri altra ipotesi di reato, a sottoporre, ai sensi degli articoli 128,129 e 130 del Codice della Strada così come modificati dagli articoli 9,10 e 11 del D.P.R. 19 aprile 1994 n° 575, a revisione di patente di guida con conseguente revoca o sospensione della stessa.

### DICHIARA

- ha già effettuato in passato visite presso questa o altre CML SI  NO

se SI quali indicare la data e sede dell'ultima visita effettuata: .....

- è stato coinvolto in incidenti stradali (di ogni tipo, con o senza responsabilità) SI  NO

- sussistono patologie dell'apparato cardiocircolatorio SI  NO

se SI quali .....

è portatore di  Pace Maker (PM)  Defibrillatore (ICD)

- sussiste diabete mellito SI  NO

se SI specificare se insulinodipendente SI  NO

- sussistono altre patologie endocrine SI  NO

se SI quali .....

- soffre di disturbi o patologie psichiche SI  NO

se sì quali e se non in atto quando .....

- fa o ha fatto uso di sostanze psicoattive (farmaci e/o stupefacenti) SI  NO

se SI quali .....

- ha o ha avuto problemi di abuso o dipendenza da bevande alcoliche SI  NO

se sì, specificare quando .....

- Ha avuto SOSPENSIONE o REVISIONE, se sì per: SI  NO

- Guida in stato di ebbrezza alcolica

- Guida sotto l'effetto di sostanze stupefacenti

- Detenzione di stupefacenti (Art. 75 D.P.R. 309/309)

se sì quando .....

-è/è stato in cura presso un Ser.D., un Servizio di alcologia o Comunità Terapeutica SI  NO

se sì, fino a quando .....

- sussistono malattie neurologiche SI  NO

se SI quali: .....

- soffre di epilessia o ha manifestato crisi epilettiche SI  NO

se SI specificare quando si è manifestata l'ultima: .....

- soffre o ha sofferto di Sindrome delle apnee notturne (OSAS) SI  NO

se SI utilizza CPAP da quando e quante ore a notte .....

- sussistono malattie dell'apparato urogenitale SI  NO

se SI quali: .....

- sussistono patologie oculari SI  NO

se SI quali: .....

- sussistono patologie o problemi di udito SI  NO

se SI quali: .....

- è portatore di trapianto d'organo (ad es.: di rene, di fegato, ecc.) SI  NO

se SI specificare quale e quando: .....

- è invalido civile o del lavoro o di guerra o per servizio SI  NO

se SI indicare per quali malattie ed in quale misura (%Tab.) .....

QUESTA DICHIARAZIONE, COMPILATA DALL'INTERESSATO PRIMA DI ACCEDERE IN COMMISSIONE MEDICA,  
DEVE ESSERE DATATA E FIRMATA ALLE PRESENZA DELLA COMMISSIONE

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_