

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO ANAMNESTICO
(AUTOCERTIFICAZIONE)**

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ via _____

nell'ambito dell'accertamento medico legale dell'idoneità psicofisica al

rilascio/conseguimento **conferma/rinnovo** **revisione**

della patente di guida dei veicoli di cui alla categoria

Patente **normale** CIG / A / B / C / D / E / CAP

Patente **speciale** CIG / AS / BS / CS

DICHIARA

in relazione agli stati patologici (e/o condizioni) di seguito elencate, che:

Sussistono patologie dell' apparato cardiocircolatorio (pressione alta anche se normalizzata dal trattamento, infarto, angina, intervento cardiocirurgico, aneurisma, aritmie, ICD, ecc.) Se SI, indicare quali: _____	<i>SI</i>	<i>NO</i>
Sussiste diabete (mellito) Se SI, indicare se: <input type="checkbox"/> Insulino-dipendente <input type="checkbox"/> NON insulino-dipendente (trattato con dieta o ipoglicemizzanti orali)	<i>SI</i>	<i>NO</i>
Sussistono altre patologie endocrine (ad es.: della tiroide, dei surreni, dell'ipofisi, ecc.) Se SI, indicare quali: _____	<i>SI</i>	<i>NO</i>
Soffre (ha mai sofferto) di malattie neurologiche (ad es.: Morbo di Parkinson, Ictus, sclerosi multipla, ecc.) Se SI, indicare quali: _____	<i>SI</i>	<i>NO</i>
Soffre (ha mai sofferto) di turbe psichiche (ad es.: ansia, depressione, allucinazioni, ecc.) Se SI, indicare quali e in quale periodo ne ha sofferto: _____	<i>SI</i>	<i>NO</i>
È attualmente (è stato) in cura con tranquillanti, antidepressivi, barbiturici, sonniferi od altri farmaci psicotropi Se SI, indicare quali, il periodo di riferimento ed i dosaggi: _____	<i>SI</i>	<i>NO</i>
Ha avuto problemi relativi ad abuso di alcolici (ad es.: guida in stato di ebbrezza, ricoveri ospedalieri, ecc.) Se SI, indicare di quale tipo e quando: _____	<i>SI</i>	<i>NO</i>
Ha fatto uso di canapa indiana, ecstasy, eroina, cocaina, anfetamine, LSD o altre droghe Se SI, specificare quando: _____	<i>SI</i>	<i>NO</i>
Ha subito incidenti stradali, infortuni sul lavoro Se SI, specificare quando: _____	<i>SI</i>	<i>NO</i>
Soffre di epilessia o ha in passato manifestato crisi epilettiche (o convulsioni) Se SI, la data dell'ultima crisi e indicare la terapia eseguita: _____	<i>SI</i>	<i>NO</i>
È titolare di porto-detenzione d'armi?	<i>SI</i>	<i>NO</i>

Il/La sottoscritto/a _____ Nato/a il _____

Sussistono malattie del sangue Se SI, specificare quali: _____	SI	NO
Sussistono malattie dell' apparato uro-genitale (ad es.: Insufficienza Renale Cronica, dialisi ecc.) Se SI, specificare quali: _____	SI	NO
Soffre di infermità degli arti o dell' apparato osteoarticolare Se SI, specificare quali: _____	SI	NO
Assume (o ha assunto per più di una settimana nell'ultimo anno) altre medicine oltre a quelle già dichiarate Se SI, indicare quali: _____ _____	SI	NO
In passato è stato visitato presso una Commissione Medica Locale Patenti Se SI, specificare di quale provincia: _____ e per quale motivo: _____	SI	NO
È stato riconosciuto invalido Se SI, specificare: <input type="checkbox"/> CIVILE <input type="checkbox"/> INPS <input type="checkbox"/> INAIL <input type="checkbox"/> DI GUERRA/PER CAUSA DI SERVIZIO	SI	NO
È stato ricoverato dopo l'ultimo rinnovo della patente Se SI, specificare per quale motivo: _____ nell'/negli Ospedali di: _____ anno _____	SI	NO
Ha problemi di vista e/o utilizza lenti a contatto	SI	NO
Ha problemi di udito e/o utilizza protesi acustiche Se SI, indicare: <input type="checkbox"/> orecchio destro <input type="checkbox"/> orecchio sinistro	SI	NO

DICHIARAZIONE DEL RICHIEDENTE

Dichiaro, sotto la mia responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 e di quanto stabilito dall'art.75 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, di aver fornito tutte le informazioni in mia conoscenza utili a definire il mio stato di salute.

Data _____

Firma del richiedente _____

DICHIARAZIONE AI SENSI DELLA LEGGE SULLA PRIVACY

Ai sensi del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196, sono stato informato del fatto che i dati personali e quelli riguardanti le mie condizioni di salute, emersi a seguito della presente visita, tutelati dal segreto d'ufficio, saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche, telematiche, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge. Saranno trasmessi ai competenti uffici pubblici, a loro volta vincolati dall'obbligo del segreto d'ufficio, per gli adempimenti di competenza previsti dalla legge.

Il sottoscritto autorizza il personale della Commissione Medica Locale Patenti, se lo riterrà necessario, ad esaminare ed estrarre copia della documentazione sanitaria che lo riguarda, conservata presso strutture pubbliche. Inoltre autorizza l'inserimento dei dati personali e di quelli riguardanti le proprie condizioni di salute, emersi nel corso della presente visita, in una cartella clinica medico-legale, che potrà essere esaminata dal personale autorizzato, vincolato dall'obbligo del segreto d'ufficio, a seguito di qualsiasi richiesta di benefici presentata a strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

Data _____

Firma del richiedente _____