

**DICHIARAZIONE DEI PRECEDENTI MORBOSI** (da firmare alla presenza del medico)

Il/la Sig/ra .....  
 (Cognome) (Nome)  
 Nato/a a ..... il .....  
 (Comune) (Prov) (gg/mm/aa)  
 .....  
 (documento di riconoscimento) (numero) (rilasciato da) (gg/mm/aa)

**IN RELAZIONE AGLI STATI PATOLOGICI SOTTO INDICATI DICHIARA CHE:** (barrare con una X **SI** o **NO**)

Soffre, o ha mai sofferto, di <b>MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO</b> (pressione alta anche se normalizzata da farmaci, angina, pregresso infarto, intervento di by-pass o angioplastica, aneurisma, aritmie, intervento cardiocirurgico, sostituzione di valvola cardiaca, ecc...) Se SI, SPECIFICARE QUALI e DA QUANDO: ..... <input type="checkbox"/> E' portatore di pace maker <input type="checkbox"/> E' portatore di defibrillatore (ICD)	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Soffre, o ha mai sofferto, di <b>RUSSAMENTO</b> rumoroso e abituale Se si da quanto tempo? ..... Si addormenta frequentemente durante il giorno? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Soffre, o ha mai sofferto, di <b>SINDROME DELLE APNEE NOTTURNE</b> Se SI, utilizza un dispositivo CPAP? SI <input type="checkbox"/> (DA QUANDO e per quante ore a notte) ..... NO <input type="checkbox"/>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Soffre, o ha mai sofferto, di altre <b>MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO</b> (insufficienza respiratoria cronica, enfisema polmonare, fibrosi polmonare, ecc...) Se SI, SPECIFICARE QUALI e DA QUANDO: ..... E' stata prescritta ossigeno-terapia? SI <input type="checkbox"/> (DA QUANDO e per quante ore al giorno) ..... NO <input type="checkbox"/>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Soffre di <b>DIABETE MELLITO</b> Se SI, SPECIFICARE di quale tipo: ..... <input type="checkbox"/> Insulinodipendente <input type="checkbox"/> NON Insulinodipendente (diabete trattato con dieta o ipoglicemizzanti orali)	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Soffre, o ha mai sofferto, di <b>MALATTIE ENDOCRINE</b> (es. della tiroide, dei surreni, dell'ipofisi) Se SI, SPECIFICARE QUALI e DA QUANDO: .....	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Soffre, o ha mai sofferto, di <b>MALATTIE NEUROLOGICHE</b> (ad es.: decadimento cognitivo, pregresso ictus, pregressa ischemia cerebrale transitoria, emiparesi, morbo di Parkinson, sclerosi multipla, miastenia grave, neuropatia degli arti, narcolessia, ecc.) Se SI, SPECIFICARE QUALI e DA QUANDO: .....	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Soffre di <b>EPILESSIA</b> o ha mai manifestato <b>CRISI EPILETTICHE</b> (convulsioni). Se SI, SPECIFICARE: data ultima crisi ..... terapia eseguita .....	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Ha avuto <b>SOSPENSIONE</b> o <b>REVISIONE</b> della patente per: <input type="checkbox"/> <b>GUIDA IN STATO DI EBBREZZA ALCOLICA</b> <input type="checkbox"/> <b>GUIDA SOTTO L'EFFETTO DI SOSTANZE STUPEFACENTI</b> QUANDO è stato fermato l'ultima volta? .....	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Ha, o ha <b>mai fatto uso</b> , anche occasionalmente, di <b>SOSTANZE STUPEFACENTI</b> (cannabis, ecstasy, eroina, cocaina, anfetamine, LSD, Ketamina od altre) Se SI, SPECIFICARE QUALI: .....	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Ha, o ha mai avuto, problemi correlati ad <b>ABUSO</b> o <b>DIPENDENZA</b> da bevande <b>ALCOLICHE</b> Se SI, SPECIFICARE QUANDO: .....	<b>SI</b>	<b>NO</b>
E', o è mai stato, in cura presso un <b>SERT</b> (Servizio per le Tossicodipendenze), un <b>NOA</b> (es. Nucleo operativo alcologico, Servizio di alcologia) o una <b>Comunità Terapeutica</b> Se SI, FINO A QUANDO .....	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Soffre, o ha mai sofferto, di <b>MALATTIE PSICHICHE</b> (ad es.: ansia, depressione, psicosi, disturbi di personalità, allucinazioni, ecc.) Se SI, specificare QUALI e DA QUANDO: ..... E', o è mai stato, in cura presso servizi psichiatrici pubblici o privati o <b>comunque presso specialisti in psichiatria</b> Se SI, FINO A QUANDO .....	<b>SI</b>	<b>NO</b>
E', o è stato, in cura con <b>FARMACI PSICOATTIVI</b> (ad es.: tranquillanti, antidepressivi, barbiturici, sonniferi od altri) Se SI, SPECIFICARE QUALI, in che periodo e a quali dosaggi: .....	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Soffre, o ha mai sofferto, di <b>MALATTIE DEL SANGUE O DEL FEGATO</b> (es.: anemia, leucemia, policitemia, piastrinopenia, oppure epatite, cirrosi epatica, ecc.) Se SI, SPECIFICARE QUALI e DA QUANDO: .....	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Soffre, o ha mai sofferto, di <b>MALATTIE DELL'APPARATO URO-GENITALE</b> (es. insufficienza renale cronica) Se SI, SPECIFICARE QUALI e DA QUANDO: .....	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Sussistono <b>MALATTIE DELL'APPARATO OSTEOARTICOLARE, DEFICIT DELLA EFFICIENZA DEGLI ARTI, ANOMALIE SOMATICHE?</b> Se SI, SPECIFICARE QUALI e DA QUANDO: .....	<b>SI</b>	<b>NO</b>
E' stato coinvolto in <b>INCIDENTI STRADALI</b> , di qualsiasi tipo, anche dovuti a responsabilità di altri Se SI, SPECIFICARE QUANDO: .....	<b>SI</b>	<b>NO</b>
E' stato riconosciuto <b>INVALIDO</b> (CIVILE, DI LAVORO, DI SERVIZIO) Se SI, QUANDO: ..... e con percentuale pari a: .....	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Soffre, o ha mai sofferto, di <b>ALTERAZIONI DELL'APPARATO VISIVO</b> (es. cheratocono, maculopatie, glaucoma) Se SI, SPECIFICARE QUALI e DA QUANDO: ..... Utilizza <input type="checkbox"/> <b>OCCHIALI DA VISTA</b> <input type="checkbox"/> <b>LENTI A CONTATTO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
È affetto da <b>ALTERAZIONI DELL'APPARATO Uditivo</b> (es. ipoacusia, sordità ecc...) Se SI, SPECIFICARE QUALI e DA QUANDO: ..... Utilizza <b>PROTESI ACUSTICHE</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
E' <b>PORTATORE DI TRAPIANTO D'ORGANO</b> (es.: trapianto di rene, di fegato, ecc...) Se SI, SPECIFICARE QUALE: .....	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Ha <b>IN CORSO TERAPIE FARMACOLOGICHE</b> di qualsiasi tipo Se SI, SPECIFICARE QUALI FARMACI e a quali dosaggi: .....	<b>SI</b>	<b>NO</b>
E' in possesso di <b>ESENZIONE TICKET</b> di qualunque natura	<b>SI</b>	<b>NO</b>

In caso di dichiarazione mendace, si provvederà a sottoporre a revisione la patente di guida con conseguente revoca o sospensione ai sensi degli art. 128, 129 e 130 del C.d.S., così come modificati dal D. Lgs. 18.04.2011 n. 59, salvo che non si configuri ipotesi di reato.

Il sottoscritto è consapevole delle responsabilità penali conseguenti a false dichiarazioni, concernenti fatti, stati o qualità personali di cui all'art. 47 del DPR 445/2000 contenuti nel presente modulo.

Si ricorda che, ai sensi dell'art. 71 dello stesso DPR le amministrazioni procedenti sono tenute ad effettuare idonei controlli, anche a campione, e in tutti i casi in cui sorgono fondati dubbi, sulla veridicità delle dichiarazioni e si richiama sin d'ora l'attenzione sugli effetti che possono derivare al richiedente in caso di dichiarazione incompleta o non veritiera.

..... (data) ..... (il dichiarante - firma leggibile)