



## COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI

## AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto .....

nat\_ ..... (.....) il .....

il quale informato, in relazione agli stati patologici 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 la patente di guida con conseguente revoca o sospensione della stessa,

## DICHIARA:

- |  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| - sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio                 | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ( se Si quali .....  |                             |                             |
| - sussiste diabete   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ( se Si specificare se insulino-dipendente .....                         |                             |                             |
| - sussistono altre patologie endocrine                                   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ( se Si quali .....  |                             |                             |
| - sussistono turbe e/o patologie psichiche                               | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| (se Si quali .....   |                             |                             |
| - fa uso di sostanze psicoattive   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| (se Si quali .....   |                             |                             |
| - sussistono patologie del sistema nervoso                               | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| (se Si quali .....   |                             |                             |
| - soffre di epilessia o ha manifestato crisi epilettiche                 | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| (se Si specificare quando si è manifestata l'ultima .....                |                             |                             |
| - sussistono malattie del sangue   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ( se Si quali .....  |                             |                             |
| - sussistono malattie dell'apparato uro-genitale                         | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| (se Si quali .....   |                             |                             |
| - sussistono patologie visive  | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ( se Si quali .....  |                             |                             |
| - sussistono patologie uditive   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ( se Si quali .....  |                             |                             |
| - sussiste Sindrome delle Apnee Notturme (OSAS MODERATA/SEVERA).....     | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ( in terapia con.....  |                             |                             |
| - è invalido civile o del lavoro o di guerra o per servizio              | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ( se Si specificare per quali malattie ed in quale misura (%/Tab.) ..... |                             |                             |

Data.....

Firma dell'interessato.....

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 in merito alle modalità di trattamento dei dati personali si fa riferimento all'informativa privacy esposta nei locali CML PATENTI