

AUTODICHIARAZIONE

Il/la sottoscritto/a sig./sig.ra _____
 nato/a a _____ prov. _____ il _____
 residente a _____ prov. _____ in via _____

informato che, in relazione agli stati patologici di seguito elencati, in caso di dichiarazione mendace si provvederà a sottoporre a revisione la patente di guida con conseguente revoca o sospensione della stessa, 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, salvo che non si configuri altra ipotesi di reato,

DICHIARA che

sussistono patologie dell'apparato cardiocircolatorio (se sì, specificare quali)	SÌ	NO
sussistono patologie dell'apparato respiratorio (se sì, specificare quali; in particolare se affetto da OSAS)	SÌ	NO
sussiste diabete mellito (se sì, specificare se insulino-dipendente <input type="checkbox"/> o se NON-insulino-dipendente <input type="checkbox"/>)	SÌ	NO
sussistono patologie endocrine (se sì, specificare quali)	SÌ	NO
soffre/ ha sofferto di epilessia (se sì, specificare data ultima crisi e terapia attuale)	SÌ	NO
soffre/ha sofferto di malattie neurologiche (se sì, specificare quali) / trauma cranico (se sì, quando)	SÌ	NO
soffre/ha sofferto di malattie psichiche (se sì, specificare quali ed in quale periodo)	SÌ	NO
fa/ha fatto uso/abuso di sostanze psicoattive come psicofarmaci/alcool/stupefacenti (se sì, specificare quali ed in quale periodo)	SÌ	NO
sussistono patologie dell'apparato uro-genitale (se sì, specificare quali)	SÌ	NO
sussistono patologie dell'apparato visivo (se sì, specificare quali)	SÌ	NO
sussistono patologie dell'udito (se sì, specificare quali e se portatore <input type="checkbox"/> / non portatore <input type="checkbox"/> di PROTESI ACUSTICHE)	SÌ	NO
sussistono altre patologie di rilievo (se sì, specificare quali)	SÌ	NO
è stato riconosciuto invalido civile/del lavoro/di guerra/per causa di servizio (se sì, specificare per quali malattie ed in quale misura percentuale)	SÌ	NO

Data _____ Firma dell'interessato _____

Il sottoscritto _____ DICHIARA di aver ricevuto le informazioni di cui al D.Lgs. 196/2003 ed al GDPR 2016, DICHIARA di essere consapevole che l'accertamento medico legale è obbligatorio al fine di accertare l'assenza di condizioni ostative al rilascio dell'idoneità per il conseguimento o per la conferma di validità della patente di guida e che i dati riportati nel presente documento saranno custoditi agli atti dal responsabile del procedimento e titolare del trattamento, DICHIARA di acconsentire al trattamento dei propri dati con le modalità e finalità illustrate.

Data _____ Firma dell'interessato _____