

DICHIARAZIONE DA FIRMARE IN PRESENZA DEL MEDICO ESAMINATORE

Il sottoscritto
 nat a prov. (.....) il / /
 residente in prov. (.....), via/p.za

nell'ambito dell'accertamento medico legale dell'idoneità psico-fisica al
CONSEGUIMENTO (*) della patente di categoria A B C D E NAUTICA
RINNOVO

DICHIARA CHE:

(barrare con una X la risposta esatta, in caso di dubbi chiedere al medico)

- è stato riconosciuto invalido civile, di guerra, del lavoro SI NO
 - soffre di malattie dell'apparato cardio-circolatorio SI NO
 (se SI quali)
 - soffre di DIABETE SI NO
 (se SI specificare se INSULINO-DIPENDENTE) SI NO
 - soffre di ALTRE MALATTIE ENDOCRINE SI NO
 (problemi alla tiroide, ipofisi, surrene) SI NO
 (se SI quali)
 - soffre di DISTURBI o MALATTIE PSICHICHE SI NO
 (se SI quali)
 - fa uso di SOSTANZE PSICO-ATTIVE SI NO
 (sonniferi, dimagranti, calmanti, stimolanti, droghe, ecc.) 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 di MALATTIE DEL SANGUE SI NO
 (anemie, disturbi della coagulazione, ecc.) SI NO
 (se SI quali)
 - soffre di MALATTIE DELL'APPARATO URO-GENITALE SI NO
 (insufficienza renale, ecc.) SI NO
 (se SI quali)
- Roma, li / / FIRMA

.....

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 artt. 128, 129 e 140 C.d.S., come modificati dagli artt. 9, 10 e 11 del D.P.R. 575/94, salvo che non si configuri ipotesi di reato.

(*) CANCELLARE LA PARTE CHE NON INTERESSA