



AREA COMPLESSA di «MEDICINA LEGALE»

(Direttore : Dott. Gianluigi Ferrigno)

Sede : P.za Garibaldi 14 – 84087 SARNO – Coord. Inferm. : Sig. A. Adinolfi – Tel. 081 / 9684456 Fax 081 / 964597

DICHIARAZIONE DA FIRMARE IN PRESENZA DEL MEDICO ESAMINATORE

_____ sottoscritt _____

nat _____ prov. (_____)

il ____ / ____ / ____ residente in _____

prov. (_____), Via / Piazza (*) _____

nell'ambito dell'accertamento medico legale dell'idoneità psicofisica al conseguimento / conferma (*)

della patente di guida dei veicoli di cui alla categoria _____

DICHIARA

In relazione agli stati patologici di seguito elencati, che :

sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio (se SI quali _____) SI - NO

sussiste diabete (se SI specificare se insulinodipendente SI - NO) SI - NO

sussistono altre patologie endocrine (se SI quali _____) SI - NO

sussistono turbe e / o patologie psichiche (se SI quali _____) SI - NO

fa uso di sostanze psicoattive (se SI quali _____) SI - NO

soffre di epilessia o ha manifestato crisi epilettiche (se SI specificare quando si è manifestata l'ultima _____) SI - NO

sussistono malattie del sangue (se SI quali _____) SI - NO

sussistono malattie dell'apparato uro-genitale (se SI quali _____) SI - NO

Firma _____

Data _____

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 nr. 575, salvo che non si configuri ipotesi di reato.

(*) depennare il caso che non interessa



AREA COMPLESSA di «M E D I C I N A L E G A L E»

(Direttore : Dott. Gianluigi Ferrigno)

Sede : P.za Garibaldi 14 – 84087 SARNO – Coord. Inferm. : Sig. A. Adinolfi – Tel. 081 / 9684456 Fax 081 / 964597