



U.O. MEDICINA LEGALE

DICHIARAZIONE DA FIRMARE IN PRESENZA DEL MEDICO

MOD. M.L. 42

IL/LA SOTTOSCRITTO/A.....

NATO/A PROV. (...)

IL / / RESIDENTE IN

VIA N° TEL..... :

Nell'ambito dell'accertamento medico-legale dell'idoneita psico-fisica al conseguimento/conferma di validità della patente di guida ai veicoli di cui alla categoria A, B, C, D, E, K

DICHIARA

- SUSSISTONO PATOLOGIE DELL'APPARATO CARDIO-CIRCOLATORIO SI NO
(se SI quali.....)
- SUSSISTE DIABETE SI NO
(se SI specificare se INSULINO DIPENDENTE SI NO)
- SUSSISTONO ALTRE PATOLOGIE ENDOCRINE SI NO
(se SI quali.....)
- SUSSISTONO TURBE E/O MALATTIE PSICHICHE O NEUROLOGICHE SI NO
(se SI quali.....)
- FÀ USO DI SOSTANZE PSICOATTIVE SI NO
(se SI quali
- SOFFRE DI EPILESSIA O HA MANIFESTATO CRISI EPILETTICHE SI NO
(se SI specificare quando si è manifestata l'ultima crisi / /)
- SUSSISTONO MALATTIE DEL SANGUE SI NO
(se SI quali
- SUSSISTONO MALATTIE DELL'APPARATO URO-GENITALE SI NO
(se SI quali
- RICONOSCIMENTO DI INVALIDITÀ CIVILE SI NO
- ALTRE MALATTIE (.....) SI NO
- UTILIZZO DI PROTESI ACUSTICA SI NO
- UTILIZZO DI LENTI A CONTATTO SI NO

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 130 del Codice della Strada così come modificati dagli artt. 9, 10 e 11 del D.P.R. 19 aprile 1994 n° 575, salvo che non si configuri ipotesi di **REATO**.

RIETI lì _____

IL DICHIARANTE _____