

## AUTODICHIARAZIONE ANAMNESTICA

CONFERMA DELLA PATENTE DI GUIDA CATEGORIA \_\_\_\_\_

(COGNOME) \_\_\_\_\_ (NOME) \_\_\_\_\_  
 nat\_a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_  
 rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

il succitato, 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  NO   
 (se SI quali) \_\_\_\_\_
- **sussiste diabete** SI  NO   
 (se Si specificare se insulino-dipendente) \_\_\_\_\_
- **sussistono altre patologie endocrine** SI  NO   
 (se SI quali) \_\_\_\_\_
- **sussistono turbe e/o patologie psichiche** SI  NO   
 (se SI quali) \_\_\_\_\_
- **fa uso di sostanze psicoattive** SI  NO   
 (se SI quali) \_\_\_\_\_
- **sussistono patologie del sistema nervoso** SI  NO   
 (se SI quali) \_\_\_\_\_
- **soffre di epilessia o ha manifestato crisi epilettiche** SI  NO   
 (se SI specificare quando si è manifestata l'ultima) \_\_\_\_\_
- **sussistono malattie del sangue** SI  NO   
 (se SI quali) \_\_\_\_\_
- **sussistono malattie dell'apparato uro-genitale** SI  NO   
 (se SI quali) \_\_\_\_\_
- **sussistono patologie visive** SI  NO   
 (se SI quali) \_\_\_\_\_
- **sussistono patologie uditive** SI  NO   
 (se SI quali) \_\_\_\_\_
- **è invalido civile o del lavoro o di guerra o per servizio** SI  NO   
 (se SI specificare per quali malattie ed in quale misure (%/Tab.) \_\_\_\_\_
- **soffre di O.S.A.S (Sindrome delle apnee notturne) o russamento rumoroso e abituale o sonnolenza diurna** SI  NO

Data della visita \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiaro di aver ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del D.Lgs 196/2003 con specifico riguardo ai diritti a me riconosciuti dalla legge ex art. 7 D.Lgs-196/2003. In particolare consapevole che l'accertamento medico legale è obbligatorio al fine di accettare 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 verbale saranno custoditi agli atti del medico responsabile del procedimento e titolare del trattamento, acconsento al trattamento dei miei dati con le modalità e per le finalità illustrate.

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_