

ANAMNESI SANITARIA PER IL RILASCIO/RINNOVO DELLA PATENTE DI GUIDA/NAUTICA

Il/la Sig. _____ nato il _____

MALATTIE CARDIOVASCOLARI (Lettera B - D. Leg.59/11) NO SI
(da specificare)

DIABETE (Lettera C - D. Leg.59/11) NO SI

MALATTIE ENDOCRINE (Lettera C - DPR 495/92) NO SI
(da specificare)

MALATTIE NEUROLOGICHE (Lettera H. Leg.59/11) NO SI
(da specificare)

▪ *Sindrome delle Apnee Notturme* (Lettera H. Leg.59/11) NO SI

▪ *Epilessia* (Lettera D. Leg.59/11) NO SI

MALATTIE PSICHICHE (Lettera G - D. Leg.59/11) NO SI
(da specificare)

MALATTIE DEL SANGUE (Lettera G - DPR 495/92) NO SI
(da specificare)

MALATTIE RENALI (Lettera H - DPR 495/92)
(da specificare)

▪ **INSUFFICIENZA RENALE** NO SI

▪ **DIALISI** NO SI

▪ **TRAPIANTO** NO SI

USO DI SOSTANZE PSICOATTIVE (Lettera F - D. Leg.59/11)

▪ PSICOFARMACI	NO	SI
▪ STUPEFACIENTI	NO	SI

Quali _____

Fino a quando _____

USO DI ALCOLICI (Lettera E - D. Leg.59/11)	NO	SI
---	----	----

RICOVERI	NO	SI
-----------------	----	----

INVALIDITA' (Civile, INPS, INAIL, Guerra, causa di servizio)	NO	SI
---	----	----

PREGRESSA VISITA IN COMMISSIONE PATENTI	NO	SI
--	----	----

 di **Vicenza** **altra Sede** (precisare) _____

Il sottoscritto afferma di aver fornito al medico certificatore informazioni veritiere in merito ai dati anamnestici sopra riportati; è a conoscenza che in caso di omissioni, dichiarazioni false o reticenti, tali da poter alterare il giudizio del presente accertamento medico legale, si provvederà a darne comunicazione alla Motorizzazione Civile perché venga predisposta la revisione della patente di guida, fatto salvo che non si configuri ipotesi di reato

Firma dell'utente _____

Il Medico certificatore

data_____
firma