DICHIARAZIONE DA COMPILARE DALL'INTERESSATO

Il sottoscritto/a _____ nato/a il ____ / ____ /

a _____ (Provincia) _____

residente a _____

nell'ambito dell'accertamento per conseguimento, conferma o revisione di Patente di Guida di categoria, _____ 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. 19/04/1994 n° 575, a revisione della patente di guida con conseguente revoca o sospensione della stessa.

DICHIARA:

Soffre di patologie cardiovascolari (per es. esiti IMA, esiti PICA, bypass AOC, protesi valvolari). Quali?	SI	NO
Soffre di diabete mellito ☐ insulino-dipendente ☐ non insulino-dipendente.	SI	NO
Soffre di sindrome delle apnee notturne.	SI	NO
Soffre di patologie endocrine. Quali?	SI	NO
Soffre di patologie neurologiche. Quali?	SI	NO
Ha subito trauma cranico. Quando?	SI	NO
Soffre di patologie psichiche. Quali?	SI	NO
Fa uso di farmaci psicoattivi. Quali?	SI	NO
Ha guidato in stato di ebbrezza alcolica o ha problemi correlati ad abuso di alcool. Quando?	SI	NO
Ha fatto uso o ha avuto sospensione di patente per sostanze stupefacenti. Quando?	SI	NO
Soffre o ha mai sofferto di epilessia o convulsioni. Quando?	SI	NO
Soffre di patologie dell'apparato urogenitale (per es. Insufficienza renale cronica o altre malattie). Quali?	SI	NO
Ha problemi di vista non correggibili con lenti. Quali?	SI	NO
Utilizza lenti a contatto?	SI	NO
Porta protesi acustiche?	SI	NO
Soffre di altre patologie. Quali?	SI	NO
E' titolare di Invalidità Civile o del Lavoro o di Guerra o per Servizio? Quale percentuale?	SI	NO

Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'Art.76 del D.P.R. n. 445 del 28/10/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, di aver fornito tutte le informazioni in sua conoscenza utili a definire il proprio stato di salute.

DICHIARAZIONE AI SENSI DELLA LEGGE SULLA PRIVACY

INFORMATIVA SULLA PRIVACY - Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati 679/2016 /GDPR) - Si precisa che i dati personali raccolti riguardanti anche le condizioni di salute, emerse a seguito della presente visita, tutelati dal segreto d'ufficio saranno raccolti, utilizzati e archiviati secondo le modalità previste dall'informativa sulla privacy pubblicata sul sito aziendale.

Firma dell'interessato

Data ____ / ____ / 202__