

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLA SUSSISTENZA DI PRECEDENTI MORBOSI NELL'AMBITO DELL'ACCERTAMENTO MEDICO LEGALE PER LA VALUTAZIONE DELL' IDONEITA' PSICOFISICA PER IL CONSEGUITAMENTO CONFERMA REVISIONE DUPLICATO RICLASSIFICAZIONE

DA INVIARE VIA MAIL ALL'INDIRIZZO commissione.patenti@asst-brianza.it

Il/la Sig./ra (Cognome) (Nome)

Nato/a a: (Comune)(Prov.)il/...../.....

Residente in: (Comune)(Prov)Cap

Via: n. tel. (fisso e cellulare)

Indirizzo di posta elettronica:

Patente: (categoria) normale speciale numero rilasciata da

data rilasciodata scadenza

(in mancanza della patente indicare il documento d'identità)

Altezza

Peso

DICHIARA DI RICHIEDERE LA VISITA IN COMMISSIONE MEDICA LOCALE IN QUANTO :

- giudicato non idoneo in sede di accertamento monocratico
 affetto da una delle minorazioni o patologie per cui è prescritto l'accesso diretto alla Commissione
 sottoposto a revisione della patente a seguito di provvedimento di Prefettura Motorizzazione Civile

Ha già effettuato in passato visite presso questa **Commissione Medica Patenti?** SI NO o **altra Commissione ?** SI NO

In caso affermativo indicare la data dell'ultima visita effettuata

Ha mai presentato ricorso avverso il giudizio della Commissione Medica Patenti? SI NO

In caso affermativo in che anno e con quale esito?

DICHIARA IN RELAZIONE AGLI STATI PATOLOGICI SOTTO INDICATI CHE : (Barrare con una "X" SI o NO)

| | | |
|--|----|----|
| All. III D.Lgs n.59/11 Lett. B) Sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio? (pregresso infarto o intervento cardiocirurgico, angina, aneurisma, aritmie, impianto di pace maker o di defibrillatore , sostituzione di valvola cardiaca, ecc.). Se sì, INDICARE QUALI: (es. <u>pressione alta</u> , anche se normalizzata dal trattamento) | SI | NO |
| Sussistono patologie dell'apparato respiratorio? (bronco-pneumopatie croniche ostruttive, ecc.) Se sì, INDICARE QUALI: _____ | SI | NO |
| All. III D.Lgs n.59/11 e succ. mod. e Decreto 03.02.2016 - Soffre di sindrome delle apnee notturne (OSAS)? | SI | NO |
| Soffre o ha mai sofferto di russamento rumoroso e abituale (tutte le notti), persistente (da più di 6 mesi) e con presenza di pause respiratorie (apnee) e sonnolenza diurna | SI | NO |
| All. III D.Lgs n.59/11 Lett. C) Sussiste diabete mellito ? Se sì, SPECIFICARE di quale tipo: <input type="checkbox"/> insulinodipendente <input type="checkbox"/> NON insulinodipendente (trattato con dieta o ipoglicemizzanti orali). | SI | NO |
| DPR 495/92 appendice II art. 320/C Sussistono altre patologie endocrine ? (ad es.: della tiroide, dei surreni, dell'ipofisi). Se sì, INDICARE QUALI : | SI | NO |
| DPR 495/92 appendice II art.320/D Soffre o ha sofferto di malattie neurologiche ? (ad es.: morbo di Parkinson, emiparesi, ischemia cerebrale transitoria, sclerosi multipla, ecc.) Se sì, INDICARE QUALI : | SI | NO |
| All. III D.Lgs n.59/11 Lett. D) Soffre di epilessia o ha mai manifestato crisi epilettiche (o convulsioni) ? Se sì, SPECIFICARE la data di quando si è manifestata l'ultima crisi _____ e la terapia eseguita | SI | NO |

| | | |
|---|----|----|
| All. III D.Lgs n.59/11 Lett. G) Sussistono (o ha mai sofferto di) turbe o patologie psichiche? (ad es.: ansia, depressione, allucinazioni, ecc.). Se sì, INDICARE QUALI ed in che periodo ne ha sofferto: | SI | NO |
| D.L.vo 285/92 art. 186 Ha subito sospensioni o revisione della patente per guida in stato di ebbrezza alcolica ? Ha subito sospensioni della patente (A PARTE L'ATTUALE) per guida in stato di ebbrezza alcolica negli ultimi cinque anni? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO E' <input type="checkbox"/> o è stato <input type="checkbox"/> in cura presso il NOA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Se sì, SPECIFICARE quando: | SI | NO |
| D.L.vo 285/92 art. 187 Ha subito sospensioni o revisione della patente per uso di sostanze stupefacenti? Ha subito sospensioni o revisione (A PARTE L'ATTUALE) della patente per uso di sostanze stupefacenti negli ultimi cinque anni? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO E' <input type="checkbox"/> o è stato <input type="checkbox"/> in cura presso il SERT per uso di canapa indiana, ecstasy, eroina, cocaina, anfetamine, LSD od altre droghe di abuso ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Se sì, SPECIFICARE quando: E' in trattamento con metadone? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | SI | NO |
| E' stato coinvolto, in qualità di conducente, in incidenti stradali di qualsiasi tipo, CON LESIONI FISICHE, anche se dovuti a responsabilità di altri ? Ha subito trauma cranico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Se sì, SPECIFICARE quando: | SI | NO |
| Sussistono malattie del sangue ? Se sì, SPECIFICARE QUALI: | SI | NO |
| DPR 495/92 appendice II art 320/H Soffre di malattie dell'apparato uro-genitale ?(Ad es. insufficienza renale cronica) Se sì, SPECIFICARE quali: | SI | NO |
| Ha assunto farmaci, in particolare nell'ultimo anno? Se sì, INDICARE QUALI, in che periodo ed a quali dosaggi: | SI | NO |
| E' invalido civile o del lavoro o di guerra o per servizio? se SI specificare per quali malattie ed in quale misura (percentuale) | SI | NO |
| All. III D.Lgs n.59/11 Lett. A) E' affetto da patologie o deficit visivi (esempio: monocolo, glaucoma, distacco di retina, cheratocono ...)? Se sì, INDICARE QUALI porta lenti a contatto ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | SI | NO |
| E' affetto da patologie o deficit uditivi? Porta protesi acustiche ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | SI | NO |
| Ha problemi agli arti ? Se sì, INDICARE QUALI: | SI | NO |

SANZIONI: 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 n. 575, salvo che non si configuri altra ipotesi di reato.

DATA _____

FIRMA _____