

DICHIARAZIONE DEI PRECEDENTI MORBOSI

Il/La Sig/ra
Nato/a a
Patente di guida di categoria

Prov.
numero

il
rilasciata da
il

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

	SI	NO
PRESTI PARTICOLARE ATTENZIONE NELLA COMPILAZIONE DEL PRESENTE MODULO. E' CONSAPEVOLE CHE INFORMAZIONI INCOMPLETE O NON CORRISPONDENTI AL REALE QUADRO CLINICO POSSONO COMPORTARE LA SOSPENSIONE DELLA PATENTE IN ATTESA DI ULTERIORI ACCERTAMENTI SANITARI DISPOSTI DALLA COMMISSIONE?		
Soffre o ha sofferto di MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO (pressione alta anche se normalizzata da farmaci, angina, pregresso infarto, intervento di by-pass o angioplastica, aneurisma, aritmie, intervento cardiocirurgico, sostituzione di valvola cardiaca, ecc.)?		
E' portatore di PACE MAKER? Se SI, da quanto tempo?		
E' portatore di DEFIBRILLATORE IMPIANTABILE? Se SI, da quanto tempo?		
Soffre, o ha mai sofferto, di SINDROME DELLE APNEE NOTTURNE? Se SI, utilizza un dispositivo CPAP? ☐ Da quando e per quante ore a notte:		
Soffre o ha sofferto di altre MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO (insufficienza respiratoria cronica, enfisema polmonare, fibrosi polmonare, ecc.)? Se SI, quali e da quando:		
Pratica attualmente TERAPIA CON OSSIGENO? Per quante ore al giorno?		
E' affetto da DIABETE MELLITO? Se SI, specificare di quale tipo Insulinodipendente ☐ NON Insulinodipendente (diabete trattato con dieta o ipoglicemizzanti orali) ☐		
Soffre, o ha mai sofferto, di MALATTIE ENDOCRINE (ad es.: della tiroide, dei surreni, dell'ipofisi)? Se SI, SPECIFICARE QUALI e DA QUANDO:		
Soffre di EPILESSIA? Ha mai manifestato CRISI EPILETTICHE (o convulsioni)? Se SI, SPECIFICARE: data ultima crisi: e terapia eseguita		
Soffre, o ha mai sofferto, di MALATTIA NEUROLOGICHE (ad es.: pregresso ICTUS, pregressa ISCHEMIA CEREBRALE anche transitoria, pregressa EMORRAGIA CEREBRALE, emiparesi, morbo di Parkinson, sclerosi multipla, miastenia grave, neuropatia degli arti, narcolessia, ecc.) Se SI, SPECIFICARE QUALI e DA QUANDO:		
E', o e' stato, in cura con FARMACI PSICOATTIVI (ad es.: tranquillanti, antidepressivi, barbiturici, sonniferi, THC od altri)? Se SI, SPECIFICARE QUALI, in che periodo e a quali dosaggi:		
Soffre, o ha mai sofferto, di MALATTIE PSICHICHE? (ad es.: ansia, depressione, psicosi, disturbi di personalita', allucinazioni, ecc.)? Se SI, specificare QUALI e DA QUANDO: E', o e' mai stato, in cura presso servizi psichiatrici pubblici o privati o comunque presso specialisti in psichiatria? Se SI, specificare IN QUALE PERIODO:		
E' mai stato seguito da UN SERVIZIO DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE per patologia? Ad esempio DISTURBO SPETTRO AUTISTICO, ADHD, DISTURBO SPECIFICO DELL'APPRENDIMENTO GRAVE, ecc...		
Ha avuto SOSPENSIONE o REVISIONE della patente per GUIDA IN STATO DI EBBREZZA ALCOLICA negli ultimi 5 ANNI?:		
Ha avuto SOSPENSIONE o REVISIONE della patente per GUIDA SOTTO L'EFFETTO DI SOSTANZE STUPEFACENTI negli ULTIMI 5 ANNI?:		
Fa uso, o ha fatto uso negli ultimi 5 anni, anche occasionalmente, di SOSTANZE STUPEFACENTI? (cannabis, ecstasy, eroina, cocaina, anfetamine, LSD, Ketamina od altre)? - Quali sostanze?		
Ha UN DISTURBO DA ABUSO O DIPENDENZA DA ALCOL oppure E' IN CORSO DI OSSERVAZIONE DA PARTE		

DELLA COMMISSIONE PATENTI PER ALCOL ?		
E' ATTUALMENTE, o e' stato NEGLI ULTIMI 5 ANNI, in cura presso un SERD (Servizio per le Dipendenze), un NOA (Nucleo operativo alcologico, Servizio di alcologia), uno SMI (Servizio Multidisciplinare Integrato) o una Comunita' Terapeutica? Se SI, in quale PERIODO?		
Ha mai manifestato DISTURBI DELLA MEMORIA, DISORIENTAMENTO, disturbi del COMPORTAMENTO (anche episodici)?		
Soffre, o ha mai sofferto, di MALATTIE NEFROLOGICHE (ad es. insufficienza renale cronica GRAVE, TERAPIA DIALITICA)? Se SI, SPECIFICARE QUALI e DA QUANDO:		
Soffre, o ha mai sofferto, di MALATTIE DEL FEGATO (ad es.: epatite, cirrosi epatica, ecc.)? Se SI, SPECIFICARE QUALI e DA QUANDO:		
E' PORTATORE DI TRAPIANTO D'ORGANO (ad es.: trapianto di rene, di fegato, ecc.)? Se SI, SPECIFICARE QUALE:		
E' stato riconosciuto INVALIDO? (CIVILE, DI LAVORO, DI SERVIZIO)? Se SI, quando: _____ e con percentuale pari a: _____		
Soffre, o ha mai sofferto, di ALTERAZIONI DELL'APPARATO VISIVO DI NATURA PROGRESSIVA/EVOLUTIVA (ad es. cheratocono, maculopatie, glaucoma)? Se SI, SPECIFICARE QUALI e DA QUANDO:		
E' portatore di PROTESI ACUSTICHE per DEFICIT dell'apparato uditivo ? Se SI, DA QUANDO:		
Sussistono MALATTIE DELL'APPARATO OSTEOARTICOLARE, DEFICIT DELLA EFFICIENZA DEGLI ARTI, ANOMALIE SOMATICHE? Se SI, SPECIFICARE QUALI e DA QUANDO:		
E' stato coinvolto in INCIDENTI STRADALI, di qualsiasi tipo, anche dovuti a responsabilita' di altri? Se SI, SPECIFICARE QUANDO:		
HA IN CORSO TERAPIE FARMACOLOGICHE di qualsiasi tipo? Se SI, SPECIFICARE QUALI FARMACI ed a quali dosaggi:		

In caso di dichiarazione mendace, si provvederà a sottoporre a revisione la patente di guida con conseguente revoca o sospensione ai sensi degli art. 128, 129, 130 del C.d.S., così come modificati dal D. Lgs. 18.4.2011 n.59, salvo che non si configuri ipotesi di reato.

Il sottoscritto è consapevole delle responsabilità penali conseguenti a false dichiarazioni concernenti fatti, stati o qualità personali di cui all'art. 47 del DPR 445/2000 contenuti nel presente modulo.
Si ricorda che, ai sensi dell'art. 71 dello stesso DPR le amministrazioni procedenti sono tenute ad effettuare idonei controlli, anche a campione, e in tutti i casi in cui sorgono fondati dubbi, sulla veridicità delle dichiarazioni e si richiama sin d'ora l'attenzione sugli effetti che possono derivare al richiedente in caso di dichiarazione incompleta o non veritiera.

L'Azienda U.S.L. Valle d'Aosta, in qualità di titolare del trattamento, tratterà i Suoi dati per le finalità previste ex artt. 13-14 Reg.to UE 679/2016 pubblicate sul sito internet www.ausl.vda.it sezione Privacy, nella informativa dedicata alle attività medico-legali.

Data

Il dichiarante_____