

**CERTIFICATO MEDICO RELATIVO AI PRECEDENTI MORBOSI
PER L'ACCERTAMENTO DELLE CONDIZIONI PSICOFISICHE
PER LA GUIDA DI VEICOLI A MOTORE**

(Art. 119, comma 3, del D.lgs. n. 285 del 30/04/1992 "Nuovo Codice della Strada", come modificato dall'art. 23, comma 1, lett. d) della legge n. 120 del 29/07/2010, D.G.R. n. 396 del 27/03/2015)

Si certifica che

Il/La Sig./ra _____
Nato/a _____ il _____
Codice Fiscale _____ telefono _____
Identificato mediante _____

presenta

A) MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO (1) SI' NO
(specificare) _____

B) MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO SI' NO
(specificare) _____

Sindrome delle apnee notturne SI' NO
O₂ terapia in atto SI' NO

C) DIABETE (2) SI' NO
Terapia con insulina SI' NO
specificare eventuali complicanze _____

D) MALATTIE ENDOCRINE SI' NO
(specificare) _____

E) ALTERAZIONI FUNZIONALI APPARATO OSTEO-ARTICOLARE SI' NO
(specificare) _____

F) MALATTIE DEL SANGUE SI' NO
(specificare) _____

G) INSUFFICIENZA RENALE (3) _____ SI' NO

H) TRAPIANTO D'ORGANO _____ SI' NO

I) ALTERAZIONI DELL'APPARATO VISIVO (4) SI' NO
(specificare) _____
In caso di soggetto MONOCOLO, specificare l'epoca di insorgenza di tale
condizione visiva _____

L) ALTERAZIONI DELL'APPARATO Uditivo SI' NO
(specificare) _____

M) MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSOSI' NO

Centrale (specificare) _____
 Deterioramento cognitivo _____
 Epilessia (5) _____
 Periferico (specificare) _____

N) INFERMITA' DI NATURA PSICHICASI' NO

Insufficienza mentale _____
 Psicosi/Disturbi di Personalità _____
 Depressione _____
 Altre _____

In cura presso strutture psichiatriche territoriali? SI' NO IN PASSATO

O) SOSTANZE PSICOATTIVE

Guida in stato di ebbrezza (Art. 186 del C.d.S.) SI' NO
 Dipendenza da alcol o problemi alcol correlati SI' NO IN PASSATO
 Guida sotto l'effetto di sostanze stupefacenti (Art. 187 del C.d.S.) SI' NO
 Dipendenza da sostanze stupefacenti SI' NO IN PASSATO
 Specificare la/le sostanza/e _____
 Uso di farmaci psicotropi (6) _____ SI' NO IN PASSATO
 In cura presso Ser.T.? _____ SI' NO IN PASSATO

P) PORTATORE DI PROTESI? (7)SI' NO

(specificare) _____

_____ li _____ 8)

Firma e timbro del Medico di Fiducia

Dichiarazione del richiedente

Dichiaro, sotto la mia responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 e di quanto stabilito dall'art. 75 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 in caso di dichiarazioni mendaci, di aver fornito tutte le informazioni in mia conoscenza utili a definire il mio stato di salute.

Firma del richiedente

NOTE PER LA CORRETTA COMPILAZIONE

Barrare con una X le caselle interessate (precisando anche eventuali patologie pregresse).

- (1) Specificare se soffre di ipertensione arteriosa, cardiopatia ischemica, pregresso IMA, aritmie, se è portatore di pace-maker o di defibrillatore cardiaco impiantabile (ICD), se affetto da valvulopatie, ecc.
- (2) Specificare le eventuali complicanze (oculari, nervose, cardiovascolari, ecc.) e/o crisi ipoglicemiche
- (3) Specificarne la gravità e l'eventuale trattamento dialitico.
- (4) Indicare se è affetto da glaucoma, retinopatia, maculopatia, alterazioni del campo visivo, o altre gravi patologie visive evolutive
- (5) Indicare diagnosi, decorso, data dell'ultima crisi e l'eventuale terapia in atto.
- (6) Ad esempio antidepressivi, ansiolitici, antipsicotici, ecc.
- (7) Ad esempio protesi acustiche, protesi valvolari cardiache, protesi vascolari, ecc.
- (8) Luogo e data del rilascio