



**IN RELAZIONE AGLI STATI PATOLOGICI E/O CONDIZIONI DI SEGUITO ELENCATI  
DICHIARA CHE :**

<b>A</b>	D. Lgs. 59/11 ALL. III Lettera A	Ha problemi con la <b>VISTA</b> non correggibile con lenti ( <i>ad es. cheratocono, maculopatie, glaucoma</i> ), se <b>SI</b> , indicare quali: .....	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>A</b>		Porta lenti a contatto o usa occhiali per guidare ➤ PER PATENTI <b>CDE ALLEGARE</b> CERTIFICAZIONE OCULISTICA DEL GRADO DI RIFRAZIONE DELLE LENTI	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>B</b>	D. Lgs. 59/11 ALL. III Lettera B	Sussistono patologie dell' <b>APPARATO CARDIO-CIRCOLATORIO</b> ( <i>pressione alta anche normalizzata da trattamento, pregresso infarto, angina, pregresso intervento cardiocirurgico, aneurisma, aritmie, ecc.</i> ), se <b>SI</b> , indicare quali: .....	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>B2</b>	<b>B</b>	È portatore di <b>PACE MAKER o ICD</b> ➤ <b>ALLEGARE</b> VISITA CARDIOLOGICA E LETTURA DEL PM/ICD	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>C</b>	D. Lgs. 59/11 ALL. III Lettera C	Sussiste <b>DIABETE (MELLITO)</b> , se <b>SI</b> , specificare di quale tipo: <input type="checkbox"/> insulino-dipendente <input type="checkbox"/> <b>NON</b> insulino-dipendente (trattato con dieta o ipoglicemizzanti orali) ➤ <b>ALLEGARE</b> RELATIVA CERTIFICAZIONE DIABETOLOGICA ( <a href="#">MOD. 07</a> – <a href="#">MOD. 51</a> )	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>D</b>	D. Lgs. 59/11 ALL. III lettera D	Soffre di <b>EPILESSIA</b> o ha manifestato crisi epilettiche (o convulsioni). Se <b>SI</b> , specificare la data dell'ultima crisi e indicare la terapia eseguita: ..... ..... ➤ <b>ALLEGARE</b> CERTIFICAZIONE DEL NEUROLOGO ( <a href="#">MOD. 29</a> – <a href="#">MOD. 30</a> )	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>E</b>	D. Lgs. 59/11 ALL. III Lettera G	Soffre (ha sofferto di) <b>DISTURBI O PATOLOGIE PSICHICHE</b> ( <i>ansia, depressione, disturbo ossessivo-compulsivo, allucinazioni, ecc.</i> ), se <b>SI</b> , indicare quali e quando ne ha sofferto: ..... ..... ➤ <b>ALLEGARE</b> RELATIVA CERTIFICAZIONE PSICHIATRICA ( <a href="#">MOD. 32</a> )	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>F</b>	D. Lgs. 59/11 ALL. III Lettera E	È in corso <b>SOSPENSIONE o REVISIONE</b> della patente per <b>GUIDA IN STATO DI EBBREZZA ALCOLICA</b> o per <b>GUIDA SOTTO L'EFFETTO DI SOSTANZE STUPEFACENTI</b> , se <b>SI</b> , specificare se Alcol, Stupefacenti o entrambi: ..... Quando è stato fermato l'ultima volta: ..... ➤ <b>ALLEGARE</b> IL DISPOSITIVO DELLA PROCURA/PREFETTURA/VERBALE DEL FFOO RICHIESTA ESAMI ( <a href="#">MOD. 37</a> – <a href="#">MOD. 10</a> )	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>F1</b>	D. Lgs. 59/11 ALL. III Lettera E	Ha, o ha mai avuto in passato, problemi correlati all' <b>ABUSO</b> o alla <b>DIPENDENZA</b> da bevande <b>ALCOLICHE</b> , se <b>SI</b> , SPECIFICARE QUANDO: .....	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>F1</b>		È, o è mai stato, in cura presso un <b>NOA</b> (es. Nucleo operativo alcolologico, Servizio di alcologia), se <b>SI</b> , fino a quando: .....	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>F2</b>	D. Lgs. 59/11 ALL. III Lettera F1	Ha, o ha mai fatto <b>USO</b> in passato, anche occasionalmente, di <b>SOSTANZE STUPEFACENTI</b> (cannabis, ecstasy, eroina, cocaina, anfetamine, LSD, Ketamina od altre), se <b>SI</b> , indicare quali sostanze: .....	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>F2</b>	D. Lgs. 59/11 ALL. III Lettera F1	È, o è mai stato, in cura presso un <b>SERT</b> (Servizio per la Tossicodipendenza) o una Comunità Terapeutica, se <b>SI</b> , fino a quando: .....	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>F2.1</b>	Art 75 D.P.R. n°309 del 9/10/90	E' stato sottoposto a revisione della patente per <b>DETEZIONE DI STUPEFACENTI</b> per uso personale, se <b>SI</b> , specificare quando: ..... ➤ <b>ALLEGARE</b> IL DISPOSITIVO DELLA PROCURA/PREFETTURA/VERBALE DELL FFOO RICHIESTA ESAMI ( <a href="#">MOD. 37</a> – <a href="#">MOD. 10</a> )	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>F3</b>	All. III D. Lgs. 59/11 Lettera F	E' attualmente (è stato) in cura con tranquillanti, antidepressivi, barbiturici, sonniferi o altri farmaci <b>psicotropi</b> , se <b>SI</b> , indicare quali, il periodo di trattamento e i dosaggi: ..... .....	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>H1</b>	D. Lgs. 59/11 ALL. III Lettera H1	Soffre (ha mai sofferto) di <b>MALATTIE NEUROLOGICHE</b> ( <i>morbo di Parkinson, emiparesi, ischemia cerebrale transitoria, sclerosi multipla, ecc.</i> ), se <b>SI</b> , indicare quali: ..... .....	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>H2</b>	D. Lgs. 59/11 ALL. III Lettera H2	Soffre, o ha mai sofferto, di <b>RUSSAMENTO rumoroso ed abituale</b> , se <b>SI</b> , da quanto tempo: ..... ..... Si addormenta frequentemente durante il giorno.....	<b>SI</b>	<b>NO</b>

H2		Soffre, o ha mai sofferto, di <b>SINDROME DELLE APNEE NOTTURNE</b> , se <b>SI</b> : utilizza un dispositivo CPAP, da quando e per quante ore a notte..... ➤ <u>ALLEGARE</u> CERTIFICATO OSAS ( <a href="#">MOD. 31</a> )	SI	NO
		Soffre, o ha mai sofferto, di altre <b>MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO</b> ( <i>insufficienza respiratoria cronica, enfisema polmonare, fibrosi polmonare, ecc</i> ) Usa concentratori di ossigeno o ossigenoterapia, se <b>SI</b> quanto .....	SI	NO
I	Dpr 495/92 App. II Lettera H/bis	Sussistono malattie dell' <b>APPARATO URO-GENITALE</b> ( <i>insufficienza renale cronica, ecc.</i> ), se <b>SI</b> , specificare quali e da quando: .....	SI	NO
L	D.P.R. 495/92 App. II Lettera C	Sussistono <b>ALTRE PATOLOGIE ENDOCRINE</b> diverse dal diabete (della tiroide, dei surreni, dell'ipofisi, ecc.), se <b>SI</b> , indicare quali: .....	SI	NO
	Art.323	Ha problemi di <b>UDITO</b>	SI	NO
M	Art.323	Porta <b>PROTESI ACUSTICHE</b> ➤ <u>ALLEGARE</u> CERTIFICAZIONE del TECNICO PROTESISTA DI CORRETTO FUNZIONAMENTO DELLE PROTESI.	SI	NO
N	Art.327	Sussistono <b>MALATTIE DELL'APPARATO OSTEOARTICOLARE, DEFICIT DELLA EFFICIENZA DEGLI ARTI, ANOMALIE SOMATICHE</b> , se <b>SI</b> , specificare quali e da quando: .....	SI	NO
N	Art. 327	Ha riportato postumi invalidanti del sistema nervoso centrale o periferico ( <i>trauma cranico, lesioni plessi nervosi del collo, delle gambe</i> ), se <b>SI</b> , specificare quando: .....	SI	NO
O	D.P.R. 495/92 App. II Lettera H/bis	Ha mai subito un <b>TRAPIANTO D'ORGANO</b> (ad es.: trapianto di rene, di fegato, ecc.), Se <b>SI</b> , specificare quale, e quando: .....	SI	NO
P	Art 115 CdS	Ha raggiunto i <b>LIMITI DI ETÀ</b> per la patente	SI	NO
		E' stato coinvolto in <b>INCIDENTI STRADALI</b> , di qualsiasi tipo, anche dovuti a responsabilità d'altri, se <b>SI</b> , specificare quando.....	SI	NO
		E' stato riconosciuto <b>INVALIDO CIVILE</b> (oppure DI GUERRA, DI LAVORO, DI SERVIZIO), se <b>SI</b> , in data: ..... con percentuale: ..... ➤ <u>ALLEGARE</u> VERBALE INVALIDITA'	SI	NO
		E' in possesso di <b>ESENZIONE TICKET</b> di qualunque natura	SI	NO

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste dall'Art. 76 del DPR 445/2000 nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi contenente i dati non corrispondenti a verità, dichiara sotto la sua personale responsabilità di aver fornito tutte le informazioni in sua conoscenza utili a definire il proprio stato di salute.

Luogo e data .....

Firma richiedente/dichiarante

.....

**ATTENZIONE: 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 artt.128, 129 e 130 del Codice della Strada, così come modificati dagli artt. 9, 10 e 11 del DPR 19 aprile 1994 n.575, salvo che non si configuri altra ipotesi di reato.**

## DICHIARAZIONE AI SENSI DELLA LEGGE SULLA PRIVACY

Il/la sottoscritto/a ....., ai sensi del D.Lgs. 30/06/2003 n. 196 e Regolamento UE n. 679/2016, **DICHIARA CHE** è stato informato del fatto che i dati personale e quelli riguardanti le sue condizioni di salute, emersi a seguito della presente visita, tutelati dal segreto d'ufficio, saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, ai sensi delle vigenti disposizioni di Legge. I predetti dati saranno trasmessi ai competenti uffici pubblici, a loro volta vincolati dall'obbligo del segreto d'ufficio per gli adempimenti di competenza previsti dalla Legge.

Inoltre:

(\*).....**AUTORIZZA** il personale della **ASST Valtellina e Alto Lario**, se lo riterrà necessario, ad esaminare ed estrarre copia della documentazione sanitaria che lo riguarda, conservata presso strutture pubbliche;

(\*).....**AUTORIZZA** l'inserimento dei dati personali e di quelli riguardanti le proprie condizioni di salute, emerse nel corso della presente visita, in una cartella clinica medico-legale, che potrà essere esaminata dal personale autorizzato, vincolato all'obbligo del segreto d'ufficio, a seguito di qualsiasi richiesta di benefici presentata a strutture del Servizio Sanitario Pubblico.

(\*) **INDICARE "NON" IN CASO DI NEGATA AUTORIZZAZIONE**

Luogo e data .....

Firma .....

### DELEGA

Il/lasottoscritto/a.....nato/a.....il.....

**DELEGA** il/la Sig./Sig.ra.....

a rappresentarlo per la presentazione della domanda relativa alla pratica sopra descritta.

**Allego alla presente copia dei documenti di identità del delegante e del delegato.**

Firma del delegante.....

### IN CASO DI MINORENNE

Il/La sottoscritto/a.....nato/a a..... il.....

residente a.....Prov.....Via..... n°.....

Consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000):

**DICHIARA DI ESSERE**

Genitore/esercente la responsabilità genitoriale del minore .....

e dichiara che la presente istanza è stata concordata con eventuali altri soggetti esercenti la responsabilità genitoriale sul minore.

**Allego alla presente copia dei documenti di identità.**

Firma del Genitore/Tutore .....