

**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 NERVOSO	SI'	NO	
Centrale (specificare) _____			
Deterioramento cognitivo _____			
Epilessia (5) _____			
Periferico (specificare) _____			
N) INFERMITA' DI NATURA PSICHICA	SI'	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