

**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 \_\_\_\_\_  
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

O<sub>2</sub> terapia in atto SI  NO

**C) DIABETE (2)**  
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)**

**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**

\_\_\_\_\_  
**Firma e timbro del Medico di Fiducia**

#### 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