

UOC Medicina Legale Pisa-Livorno  
Sede di Pisa  
Direttore Dr. Stefano Lelli  
Via Gentile da Fabriano 1  
56122 Pisa

[commissionepatenti.pisa@uslnordovest.toscana.it](mailto:commissionepatenti.pisa@uslnordovest.toscana.it)

**AUTODICHIARAZIONE ANAMNESTICA**  
( DA COMPILARE A MACCHINA O IN STAMPATELLO  
E PRESENTARE IL GIORNO DELLA VISITA )

Il sottoscritto .....  
( COGNOME ) ..... ( NOME )  
nato a ..... ( ..... ) il ..... / ..... / ..... /  
( COMUNE ) ( SIGLA PROVINCIA )  
residente a ..... in via ..... n° .....  
telefono n. ....  
Email .....  
titolare patente di guida categoria ..... n° .....  
rilasciata da Prefettura / Ufficio MCTC di ..... il ..... / ..... / .....  
scadenza : il ..... / ..... / .....

chiede il : RILASCIO  patente categoria .....  
CONFERMA  patente categoria .....  
REVISIONE  patente categoria .....

Firma .....



SEGUE

dichiara di essere affetto da :

**1) AFFEZIONI CARDIOVASCOLARI :**

no  pregressa  in atto

in caso affermativo esibire ECG, visita cardiologica ed ogni altro accertamento strumentale utile a precisare l'entità e la natura della malattia .

➤ **Portatore di pace maker o defibrillatore**

si  no

In caso affermativo esibire ultimo controllo della funzionalità del device

**2) DIABETE :**  no  si

In caso affermativo esibire relazione diabetologia redatta su modello fornito al momento della prenotazione

➤ **Complicato da retinopatia proliferante o laser trattata**  no  si

In caso affermativo esibire certificazione oculistica redatta su modello fornito al momento della prenotazione

**3) MALATTIE ENDOCRINE :**

no  pregressa  in atto

specificare .....

**4) MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE O PERIFERICO:**

no  pregressa  in atto

In caso affermativo esibire certificazione specialistica neurologica

➤ **Epilessia**  no  si

In caso affermativo esibire relazione neurologica redatta su modello fornito al momento della prenotazione

**5) TURBE PSICHICHE :**

no  pregressa  in atto

In caso affermativo esibire relazione psichiatrica circa la terapia in atto, l'inquadramento diagnostico, lo stato di equilibrio psico affettivo

**6) SOSTANZE PSICOATTIVE :**

	no	pregressa	in atto
Abuso di alcol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Supefacenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sostanze psicotrope	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....  
.....

**7) MALATTIE DEL SANGUE :**

no  pregressa  in atto

specificare .....

**MALATTIE APPARATO URO – GENITALE**

no  pregressa  in atto

➤ **insufficienza renale grave :**

no  pregressa  in atto

In caso affermativo occorre relazione nefrologica redatta su modello fornito al momento della prenotazione

**9) MALATTIE APPARATO MUSCOLO – SCHELETRICO :**

no  pregressa  in atto

specificare .....

**11) MALATTIE OCULARI A CARATTERE PROGRESSIVO ( ES. RETINOPATIA, CATARATTA, MACULOPATIA, GLAUCOMA ETC)**

no  si

In caso affermativo occorre relazione oculistica redatta su modello fornito al momento della prenotazione

**12) DEFICIT DELL'UDITO**  no  si

**13) HA RICONOSCIMENTI PER INVALIDITÀ CIVILE, DI LAVORO, PER SERVIZIO ?**

no  si

**In caso di revisione straordinaria per incidente stradale esibire copia cartella clinica dell' eventuale ricovero e/o referto del Pronto Soccorso**

**Per quanto non esplicitamente previsto e in ogni caso di dubbio si consiglia di consultare il medico curante**

**La documentazione deve essere esibita in originale e in fotocopia ; la Commissione trattiene la fotocopia e restituisce gli originali**

**La Commissione ha comunque pieno titolo a richiedere ulteriori accertamenti, se ritenuto necessario**

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma( da firmare davanti al medico)

**DA PRESENTARE IL GIORNO DELLA VISITA**



METTERE LA FIRMA

**DA COMPILARE SOLO IN CASO DI CONFERMA/RINNOVO PATENTE:**

INDIRIZZO PRESSO IL QUALE INVIARE LA NUOVA PATENTE DI GUIDA:

(PROVINCIA).....(COMUNE).....

INDIRIZZO : .....n.civico.....CAP.....