

## MODULO PRENOTAZIONE RINNOVO PATENTE

### LEGGERE E ACCETTARE QUANTO SEGUE:

-SI INFORMANO I SIGG. PAZIENTI CHE QUESTO STUDIO MEDICO VERSA PER VOSTRO CONTO I CORRISPETTIVI ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE, IN CASO DI DICHIARAZIONI FALSE O MENDACI, LE CIFRE VERSATE NON SARANNO RIMBORSABILI

-LA PATENTE RINNOVATA SARA' CONSEGNATA ALL'INDIRIZZO DI RESIDENZA TRAMITE RACCOMANDATA CON UN COSTO DI SERVIZIO

Firma per accettazione \_\_\_\_\_

### SCHEDA ANAMNESTICA PRELIMINARE:

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Dichiaro che:

- Sono affetto da diabete, porterò il giorno della visita il certificato del diabetologo
- Sono monocolo, porterò il giorno della visita il certificato oculistico
- Utilizzo protesi acustiche, porterò il giorno della visita la dichiarazione di efficienza protesi attestata dalla ditta costruttrice con data non anteriore a 3 mesi
- Per patenti C D E se portatori di occhiali o lenti a contatto portare relative gradazioni certificate da ottico
- NON SONO affetto da nessuna delle patologie sopra indicate

Dichiaro che NON sono affetto dalle seguenti patologie, per cui è prevista la visita in commissione medica:

- Neurologiche (parkinson, SLA, SM, alzheimer) / Portatore di pacemaker e defibrillatore / Dialisi

Dichiaro inoltre che:

- Non mi è mai stata ritirata la patente per alcol/droghe
- Mi è stata ritirata la patente per alcol/droghe, sono andato in CML e mi sono accertato con la commissione che la mia patente è stata svincolata e consegno certificato a riguardo.
- La mia patente non è vincolata alla commissione medica

N.B. Per altre condizioni (patologie cardiologiche, tumori ecc.) è sempre bene portare in visione documentazione recente inerente alla patologia e si valuterà di volta in volta

CROCETTARE TIPO DI PATENTE DA RINNOVARE:

A	B	C	D
---	---	---	---

Data \_\_\_\_\_

Firma: