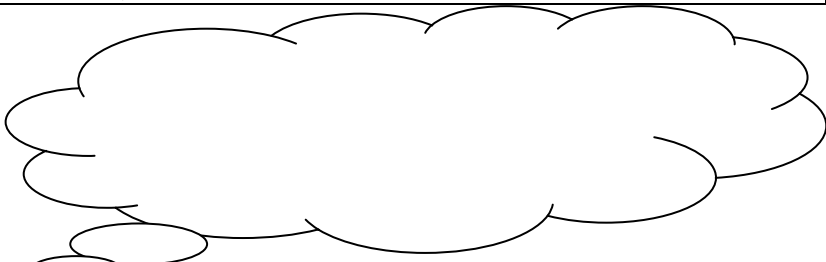
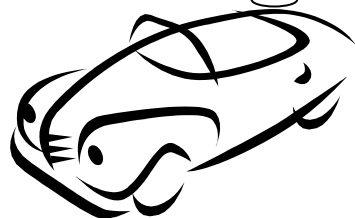


SCRIVI COSA PENSA, SECONDO TE, IL CONDUCENTE DELLA VETTURA

A:



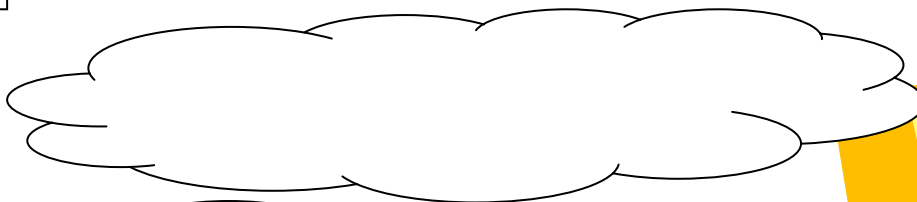
Le dispiace
accostare per
un controllo?



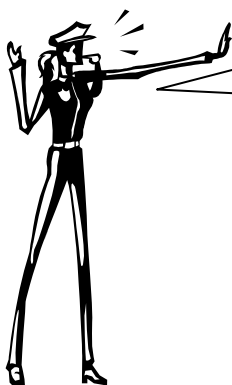
B:



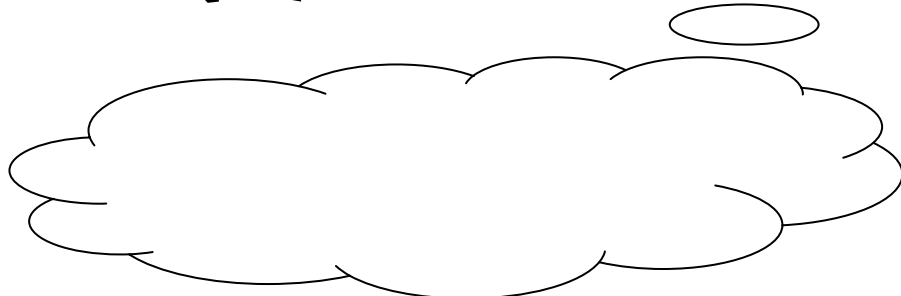
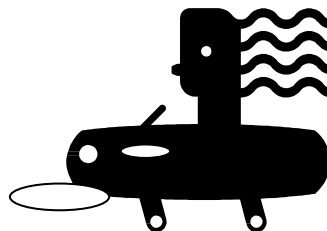
Deve effettuare
la prova del
palloncino



C:



Mi dispiace, ha superato il
limite , non può guidare



7. Secondo te qual è la più grave delle seguenti infrazioni?		8. Secondo te cosa rende meno sicura la guida (una sola risposta)?	
Eccesso di velocità		Sonnolenza	
Guida contromano		Disattenzione	
Guida in stato di ebbrezza		Rispondere al cellulare	
Guida sotto effetto di droghe		Assumere alcolici	
Sorpassi incauti		Assumere sostanze stupefacenti	
Mancato uso di cinture /casco		Guida senza cinture/casco	

9. Hai mai avuto incidenti stradali?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
9.a. Se SI, (ultimo incidente), guidavi?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
9.b. Se guidavi: hai urtato con altri veicoli	<input type="checkbox"/>	sei uscito di strada <input type="checkbox"/>
	sei stato urtato <input type="checkbox"/>	altro <input type="checkbox"/>

10. Ti hanno mai sospeso la patente?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
11. Ti hanno mai revocato la patente?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
12. Ti hanno tolto punti?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
13. Hai mai guidato dopo aver bevuto alcolici di qualunque tipo?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

14. Sei mai stato fermato dalle Forze dell'Ordine e sottoposto al controllo con l'alcolimetro? No <input type="checkbox"/> Sì, una volta <input type="checkbox"/> Sì, più di una volta <input type="checkbox"/>
14.a. Se SI, quando sei stato fermato (ultima volta – indica giorno e ora)? Giorno L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> ME <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Mattina (8.00-14.00) <input type="checkbox"/> Pomeriggio (14.00-20.00) <input type="checkbox"/> Sera (20.00-24.00) <input type="checkbox"/> Notte (24.00-8.00) <input type="checkbox"/>
14.b. Se sei stato fermato, quali conseguenze hai avuto dall'ultimo controllo? <input type="checkbox"/> nessuna <input type="checkbox"/> sospensione della patente <input type="checkbox"/> ritiro della patente <input type="checkbox"/> multa <input type="checkbox"/> riduzione punti patente <input type="checkbox"/> arresto

15. Puoi indicare il tuo uso di alcolici di qualunque tipo nell'ultimo mese? Tutti i giorni <input type="checkbox"/> Più volte la settimana <input type="checkbox"/> Non bevo alcolici <input type="checkbox"/> Una volta la settimana <input type="checkbox"/> Una volta al mese <input type="checkbox"/>
16. Hai mai sentito la necessità di ridurre il bere? No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>
17. Sei mai stato infastidito da critiche sul tuo modo di bere? No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>
18. Hai mai provato disagio o senso di colpa per il tuo modo di bere? No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>
19. Hai mai bevuto alcolici appena alzato? No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>