

RELAZIONE DI VISITA MEDICA
(da conservare agli atti)

Conferma della patente di guida categoria:

VISITA MEDICA iniziata in data

relativo alla persona di: _____

nato/a _____ (____) il ____/____/____

documento di riconoscimento Patente nr. _____ rilasciato da _____ il _____

il quale informato, in relazione agli stati patologici di seguito elencati, che in caso di dichiarazione mendace si provvederà, salvo che non si configuri altra ipotesi di reato, a sottoporre, ai sensi degli articoli 128, 129 e 130 del Codice della Strada così come modificati dagli articoli 9, 10 e 11 del D.P.R. 19 aprile 1994 n° 575, a revisione la patente di guida con conseguente revoca o sospensione della stessa,

DICHIARA(2):

- | | | |
|---|------------------------------------|------------------------------------|
| - sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio
(se Si quali.....) | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - sussiste diabete
(se Si specificare se insulino-dipendente | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - sussistono altre patologie endocrine
(se Si quali.....) | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - sussistono turbe e/o patologie psichiche
(se Si quali.....) | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - fa uso di sostanze psicoattive
(se Si quali.....) | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - sussistono patologie del sistema nervoso
(se Si quali.....) | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - soffre di epilessia o ha manifestato crisi epilettiche
(se Si specificare quando si è manifestata l'ultima | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - sussistono malattie del sangue
(se Si quali.....) | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - sussistono malattie dell'apparato uro-genitale
(se Si quali.....) | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - sussistono patologie visive
(se Si quali.....) | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - sussistono patologie uditive
(se Si quali.....) | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - è invalido civile o del lavoro o di guerra o per servizio
(se Si specificare per quali malattie ed in quale misura (%/Tab.) | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - sussistono disturbi del sonno da apnee ostruttive notturne | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

QUESTIONARIO SONNOLENZA DIURNA - ALLEGATO 2 D.M. MINISTERO DELLA SALUTE 03.02.2016

Capita di appisolarsi frequentemente nelle seguenti situazioni?

- | | | | |
|--|---|---|---|
| 1. - davanti alla televisione | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 4 - al cinema o a una conferenza | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 2. - in treno, in autobus o in macchina se non guida | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 5 - conversando con qualcuno durante i pasti | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 3. - leggendo il giornale | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 6 - alla guida nelle brevi soste del traffico | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

Data

Firma dell'interessato/a**DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI**

Io sottoscrittodichiaro di aver ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del D.Lgs 196/2003 con specifico riguardo ai diritti a me riconosciuti dalla legge ex art. 7 del D.Lgs 196/2003. In particolare, consapevole che l'accertamento medico legale è obbligatorio al fine di accertare l'assenza di condizioni ostative al rilascio dell'idoneità per il conseguimento o per la conferma di validità della patente di guida e che i dati riportati nel presente verbale saranno custoditi agli atti del medico responsabile del procedimento e titolare del trattamento, acconsento al trattamento dei miei dati con le modalità e per le finalità illustratemi.....

Data

Firma dell'interessato/a