RELAZIONE DI VISITA MEDICA

(da conservare agli atti)

Conferma della patente di guida categoria .....

VISITA MEDICA iniziata in data ..... relativo alla persona di:

....
(Cognome) (nome)

nat..... a ..... (.....) il .....

documento di riconoscimento ..... nr. .....

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

Condizioni morbose pregresse o in atto che possono costituire un rischio attuale per la guida, in riferimento a:

MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO () SI () NO

Specificare.....

MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO () SI () NO

Specificare.....

Sindrome delle apnee notturne () SI () NO

O2 terapia in atto ore/die..... () SI () NO

DIABETE () SI () NO

Terapia insulinica () SI () NO

MALATTIE ENDOCRINE () SI () NO

Specificare.....

ALTERAZIONI FUNZIONALI APPARATO OSTEO-ARTICOLARE () SI () NO

Specificare.....

MALATTIE DEL SANGUE () SI () NO

Specificare.....

INSUFFICIENZA RENALE () SI () NO

.....

TRAPIANTO D'ORGANO () SI () NO

.....

MALATTIE DELL'APPARATO VISIVO () SI () NO

Specificare.....

Alterazione del campo visivo () SI () NO

ALTERAZIONI DELL'APPARATO UDITIVO () SI () NO

Specificare.....

ALTERAZIONI DELL'APPARATO VESTIBOLARE () SI () NO

Specificare.....

MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO () SI () NO

Centrale (specificare).....

Deterioramento cognitivo.....

Epilessia .....data dell'ultima crisi.....

Periferico.....

INFERMITA' DI NATURA PSICHICA () SI () NO

Specificare.....

Insufficienza mentale.....

Psicosi/ Disturbi di personalità.....

Depressione.....

Altre.....

In cura presso strutture psichiatriche territoriali () SI () NO in passato ()

DIPENDENZA DA SOSTANZE PSICOATTIVE () SI () NO in passato ()

Abuso di alcool.....

Uso di sostanze stupefacenti.....

Uso di sostanze psicotrope.....

In cura presso SERT () SI () NO in passato ()

MALATTIE ONCOLOGICHE () SI () NO in passato ()

Specificare.....terapie effettuate.....

PORTATORE DI PROTESI () SI () NO

Specificare.....

Data, Timbro e firma

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Io sottoscritto ..... dichiaro 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

.....