

DICHIARAZIONE DA FIRMARE IN PRESENZA DEL MEDICO ESAMINATORE

(allegato 1 circolare MCTC 18.07.1995 e D. M. Salute 21/01/2014)

Conferma della patente di guida categoria :

VISITA MEDICA iniziata in data relativa alla persona di:

.....

(Cognome)

(Nome)

Nato/a a Il.....

Documento di riconoscimento nr

Rilasciato da il / /

la quale informata, 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

- | | | |
|---|------------------------------------|------------------------------------|
| - sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio
(se Si quali) | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - sussiste diabete
(se Si quali) | 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 (abuso sostanze alcoliche, uso sostanze stupefacenti e psicotrope)
(se Si quali) | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - 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 | 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"/> |

Data

Firma dell'interessato/a

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/a