

**Domanda di visita medica presso la Commissione Medica Locale Patenti di guida per essere sottoposto/a a visita medica per:**

- rilascio della patente
- conferma di validità della patente
- revisione della patente

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Di essere nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

di essere residente a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_

Via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_

di essere in possesso dei seguenti documenti

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

CARTA DI IDENTITA' n. \_\_\_\_\_ rilasciata dal Comune di \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ con scadenza \_\_\_\_\_

PATENTE DI GUIDA categoria \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_\_

rilasciata da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Di aver preso visione/di aver ricevuto l'informativa prevista dal D.Lgs n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", concernente la tutela della persona e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali e sensibili, e di essere stato informato che la S.C. Medicina Legale della A.S.L. V.C.O. raccoglierà e tratterà tali dati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, garantendo, in sicurezza, la custodia dei medesimi, consentendone l'accesso esclusivamente al personale incaricato del trattamento e provvedendo alla loro trasmissione ad altri enti (ove previsto) secondo le modalità previste dalla normativa vigente in materia.

Luogo \_\_\_\_\_, Data \_\_\_\_\_



Firma del/della dichiarante \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del medico/funzionario A.S.L. V.C.O. \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

# Dichiarazione Anamnestica

ai sensi allegato 1 circolare MCTC 10.08.1995 e D.M. Salute 21/01/2014

Azienda Sanitaria Locale VCO - VERBANIA

Conferma della patente di guida categoria.....

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

(Cognome) (Nome)

Nat\_\_\_ a ..... (.....) il.....

Documento di riconoscimento ..... 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

- sussistono **patologie dell'apparato cardio-circolatorio** Si  No   
( se Si quali..... )
- sussiste **diabete** Si  No   
( se Si specificare se insulino-dipendente..... )
- sussistono **altre patologie endocrine** Si  No   
( se Si quali..... )
- sussistono **turbe e/o patologie psichiche** Si  No   
( se Si quali..... )
- fa uso di **sostanze psicoattive** (abuso sostanze alcoliche, uso sostanze stupefacenti e psicotrope) Si  No   
( se Si quali..... )
- ha mai avuto la patente **sospesa per alcool** Si  No  ..... per **sostanze stupefacenti** Si  No   
( se si quando..... )
- sussistono **limitazioni o patologie agli arti e/o all'apparato muscolo-scheletrico** Si  No   
( se Si quali..... )
- sussistono **patologie del sistema nervoso** Si  No   
( se Si quali..... )
- soffre di **epilessia** o ha manifestato crisi epilettiche Si  No   
( se Si specificare quando si è manifestata l'ultima..... )
- sussistono **malattie del sangue** Si  No   
( se Si quali..... )
- sussistono **malattie dell'apparato uro-genitale** Si  No   
( se Si quali..... )
- sussistono **patologie visive** Si  No   
( se Si quali..... )
- Sussistono **patologie uditive** Si  No   
( se Si quali..... )
- è **invalido** civile o del lavoro o di guerra o per servizio Si  No   
( se Si specificare per quali malattie e in quale misura (.....) )

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.L.gs 196/2003 con specifico riguardo ai diritti a me riconosciuti dalla legge ex art. 7 del D.L.gs 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 comportamento 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



## SOSD MEDICINA LEGALE

Sede legale via Mazzini 117 – 28887 Omegna (VB)  
Sede Operativa Omegna

Tel. 0323 868360/868961 settore amministrativo Fax. 0323 868364 e-mail: [medlegale.om@aslvco.it](mailto:medlegale.om@aslvco.it)

**Consenso al trattamento dei dati sanitari e genetici – NOTA:** Il consenso al trattamento dei dati genetici è richiesto al paziente interessato ai sensi dell'art. 9, comma 2, lettera "a" del GDPR, dell'art. 2-sexies, comma 2, lett. "u" e 2-septies, comma 6 del Dlgs 196/2003, dell'art. 22, comma 11 dl Dlgs 101/2018 e dell'Autorizzazione del garante al trattamento dei dati genetici n. 8/2016

### PRESTAZIONE DI CONSENSO

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

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

Preso atto dell'informativa fornita dal Titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del GDPR;

consapevole che il trattamento riguarderà anche i dati cd. sensibili ai sensi degli articoli 9 e 10 del GDPR e, in particolare, i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e i dati genetici

Per i minori si fa riferimento alla Legge 405 del 1975

#### PRESTA IL PROPRIO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SANITARI

- Per fini diagnostici, terapeutici, riabilitativi, preventivi;  
si                      no
- Per fini statistici  
si                      no
- Per fini di ricerca epidemiologica (i cui risultati saranno resi noti in modo da non consentire la Sua identificazione)  
si                      no

#### PRESTA IL PROPRIO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI GENETICI

- Per fini diagnostici, terapeutici, preventivi ed eventuali perizie medico-legali richieste dal sottoscritto  
si                      no

Data

Firma leggibile del paziente (o del Legale Rappresentante)

Timbro e firma dell'operatore  
che acquisisce il modulo

### Informativa sul trattamento dei dati personali in ambito sanitario

Gentile Signore/ Signora, Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (c.d. "GDPR")

#### LA INFORMIAMO DI QUANTO SEGUE

a) i dati personali e quelli appartenenti a categorie particolari che La riguardano (da Lei forniti o acquisiti nel corso di accertamenti o visite) verranno trattati dagli operatori di questa A.S.L. V.C.O. nel rispetto del segreto professionale, del segreto d'ufficio e secondo i principi della vigente normativa nazionale ed europea in materia di protezione dei dati personali, in particolare alla luce della disciplina dettata dal Regolamento (UE) 2016/679 del 27 aprile 2016 (nel prosieguo, per brevità, "Regolamento" o "GDPR"), dal D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 (c.d. "Codice Privacy") e dal D.lgs. 10 agosto 2018, n. 101;

b) **BASE GIURIDICA e FINALITA' DEL TRATTAMENTO:** il trattamento dei Suoi dati personali e di quelli appartenenti a categorie particolari (ad esempio, i dati relativi alla salute) avviene da parte della Azienda ai sensi dell'art. 9, 2° comma, lett. a) del Regolamento, in base al Suo consenso.

Tali dati verranno trattati per fini diagnostici e/o terapeutici e/o riabilitativi e/o preventivi; potranno inoltre essere trattati per fini statistici e, in forma anonima, per indagini epidemiologiche e similari, con finalità di ricerca scientifica. Particolare rilevanza assume il trattamento di dati genetici per fini diagnostici, cura, prevenzione. I dati genetici, inoltre, possono essere oggetto di trattamenti non sistematici nell'ambito delle attività connesse ed eventuali perizie medico-legali che La riguardano (da Lei richieste o effettuate d'ufficio).

Ulteriori trattamenti dei Suoi dati personali, che potrebbero presentare rischi specifici per i diritti e le libertà fondamentali, nonché per la dignità degli interessati, saranno effettuati, in conformità alle leggi e ai regolamenti, previa ulteriore nota informativa e, dove richiesto, previo rilascio del Suo specifico consenso, da Lei manifestato liberamente.

e ricordiamo che il Suo consenso al trattamento dei Suoi dati non è richiesto nel caso in cui il trattamento sia richiesto per tutelare un Suo interesse vitale, il che avviene in tutti i casi di emergenza medica (rif. art. 82, comma 2 Codice Privacy).

) **CONFERIMENTO DEI DATI:** Il conferimento da parte Sua dei dati richiesti è necessario per l'erogazione dei servizi di diagnosi, cura, riabilitazione e prevenzione. Il Suo rifiuto di acconsentire al trattamento dei Suoi dati in questi casi comporta l'impossibilità per l'Azienda di erogare l'assistenza richiesta. Il conferimento dei dati identificativi da parte Sua, o l'acquisizione degli stessi nel corso delle attività a Suo favore, infatti, costituiscono un momento indispensabile ed indifferibile dell'attività di assistenza. In assenza del Suo consenso, il personale dell'Azienda si trova impossibilitato a fornire l'assistenza necessaria, stante la possibilità di errore ed il conseguente pregiudizio che potrebbe derivare dalla mancata disponibilità dei dati utili a descrivere un quadro completo di informazioni sulla Sua persona.

) **MODALITA' DI TRATTAMENTO:** il trattamento dei Suoi dati personali avverrà con mezzi informatici o cartacei; possono inoltre essere utilizzate altre modalità (audio, video ecc.) ritenute utili caso per caso. I Suoi dati sono comunque **protetti**, in modo da garantire la sicurezza, la riservatezza e l'accesso al solo personale autorizzato. I dati sono trattati da personale dipendente o da altri soggetti che collaborano con l'Azienda (ad es. medici in formazione specialistica, tirocinanti) tutti debitamente a ciò autorizzati dal titolare del trattamento o da un suo delegato. I Suoi dati sono **conservati** per il tempo necessario al perseguimento delle finalità per le quali sono trattati, salvo il maggior tempo necessario per adempiere ad obblighi di legge, in ragione della natura del dato o del documento o per motivi di interesse pubblico o per l'esercizio di pubblici poteri, tenuto conto di quanto previsto dal Piano di conservazione della documentazione aziendale (cd. Massimario di scarto). Si consideri, in particolare, che i Suoi dati personali e quelli appartenenti alle categorie particolari verranno conservati nella cartella clinica che, unitamente ai relativi referti e ai dati ivi contenuti, sarà conservata illimitatamente, secondo quanto disposto dalla circolare del Ministero della Sanità n. 61 del 19 dicembre 1986;

) **COMUNICAZIONE DEI DATI:** nell'ambito dell'attività istituzionale relativa all'erogazione dell'assistenza sanitaria, può essere prevista la comunicazione dei soli dati sanitari a: Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, Servizio Sanitario Nazionale, Regione Piemonte (Assessorato Sanità), altri soggetti pubblici, Enti Previdenziali, Casse di Previdenza, Datori di Lavoro, Compagnie assicuratrici e Broker Assicurativo aziendale, Aziende che svolgono attività correlate alle professioni sanitarie, Ditte fornitrici di beni, prestazioni o servizi per conto dell'A.S.L. V.C.O., Istituti di Credito, Organizzazioni di volontariato, Familiari del paziente. E' inoltre fatta salva la comunicazione o diffusione di dati richiesti, in conformità alla legge, da Forze di polizia, dall'Autorità Giudiziaria, da organismi di informazione e sicurezza, per finalità di difesa o sicurezza dello Stato o finalità di prevenzione, accertamento o repressione di reati.

) **DIRITTI DELL'INTERESSATO:** Potrà rivolgersi al Titolare del trattamento per esercitare i diritti previsti dal Capo III del GDPR. Ha diritto di ottenere a cura del Titolare, senza ritardo:

- la conferma che sia o meno in corso un trattamento dei Suoi dati personali e, in tal caso, di ottenerne l'accesso (diritto di accesso, ex art. 15 GDPR);
- la rettifica dei Suoi dati personali inesatti, o l'integrazione dei dati personali incompleti (diritto di rettifica, ex art. 16 GDPR);
- la cancellazione dei Suoi dati, se sussiste uno dei motivi previsti dal Regolamento (diritto alla cancellazione, ex art. 17 GDPR)
- la limitazione del trattamento dei Suoi dati quando ricorre una delle ipotesi previste dal Regolamento (diritto di limitazione, ex art. 18 GDPR);
- la trasmissione dei dati personali che lo riguardano a un altro Titolare del trattamento senza impedimenti da parte del Titolare del trattamento cui li ha forniti (diritto alla portabilità dei dati, ex art. 20 GDPR).

Ha inoltre diritto di esercitare nei confronti del Titolare i seguenti diritti:

- il diritto di opporsi in qualsiasi momento al trattamento dei dati personali che lo riguardano qualora il trattamento sia fondato sul legittimo interesse del Titolare, o su ragioni di pubblico interesse, qualora la tutela delle sue libertà individuali debba ritenersi prevalente su detti interessi legittimi e/o pubblici (diritto di opposizione ex art. 21 GDPR);
- Il diritto di presentare reclamo al Garante della privacy o di ricorrere all'autorità giudiziaria.
- il diritto di ottenere l'elenco completo ed aggiornato di tutti i soggetti Responsabili e autorizzati al trattamento dei Suoi dati personali.

g) **TITOLARE DEL TRATTAMENTO:** il Titolare del Trattamento è l'A.S.L. V.C.O. con sede in via Mazzini 117, 28887 Omegna (VB), [protocollo@pec.aslvco.it](mailto:protocollo@pec.aslvco.it).

h) **RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI ("DPO"):** il Responsabile della Protezione dei dati personali può essere contattato all'indirizzo e-mail [dpo@aslvco.it](mailto:dpo@aslvco.it)

Ogni ulteriore informazione riguardante il trattamento dei dati è reperibile sul sito istituzionale dell'A.S.L. V.C.O., <http://www.aslvco.it>, sezione Privacy.

Il Direttore Generale

