

RELAZIONE DI VISITA MEDICA

(da conservare agli atti)

Conferma della patente di guida categoria _____ visita medica iniziata il _____

Relativo alla persona di : _____

Nata/o a _____ Prov. (_____) il _____

Documento di riconoscimento _____ n. _____

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 _____
- soffre o ha sofferto della sindrome delle apnee notturne ? SI NO
se SI, utilizza un dispositivo CPAP ? _____
- sussiste diabete ? SI NO
se SI specificare se insulino dipendente _____
- sussistono altre patologie endocrine ? Se SI quali _____ SI NO
- sussistono turbe e/o patologie psichiche ? Se SI quali ? _____ SI NO
- fa uso di sostanze psicoattive ? Se SI quali ? _____ SI NO
- sussistono patologie del sistema nervoso ? Se SI quali ? _____ SI NO
- soffre di epelessia o ha manifestato crisi epilettiche ? SI NO
se SI specificare quando si è manifestata l' ultima _____
- sussistono malattie dell ' apparato uro-genitale ? Se Si quali ? _____ SI NO
- sussistono patologie visive ? Se SI quali ? _____ SI NO
- sussistono patologie uditive ? Se SI quali ? _____ SI NO
- E' invalido civile, del lavoro, di guerra, per servizio ? Se SI specificare per quali malattie e in quale misura (% Tab.) _____ SI NO

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Io sottoscritto _____ dichiaro di aver ricevuto le informazioni di cui al regolamento UE 2016/679. 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 illustrate. Sono stato inoltre informato che la presente certificazione sarà confermata per un periodo pari alla durata della validità della patente di guida, al termine di tale periodo sarà distrutta.

Data _____

Firma dell'interessato/a _____