

RELAZIONE DI VISITA MEDICA

(DA CONSERVARE AGLI ATTI)

Conferma della patente di guida categoria _____ **MARCA OPERATIVA:** _____

VISITA MEDICA iniziata in data _____ relativa alla persona di:

Cognome _____ **Nome** _____

Nat_ a _____ (____) il _____

Residente _____ via/piazza _____ N. _____

Il quale informato in relazione agli esiti 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

(vista la sottoelencata documentazione, prodotta ed acquisita agli atti)

Sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio **Si** **No**)
(Se sì, quali _____)

Sussiste diabete **Si** **No**)
(Se sì, quali _____)

Sussistono altre patologie endocrine **Si** **No**)
(Se sì, quali _____)

Sussistono turbe e/o patologie psichiche **Si** **No**)
(Se sì, quali _____)

Fa uso di sostanze psicoattive **Si** **No**)
(Se sì, quali _____)

Sussistono patologie del sistema nervoso **Si** **No**)
(Se sì, quali _____)

Soffre di epilessia o ha manifestato crisi epilettiche **Si** **No**)
(Se sì, quali _____)

Sussistono malattie del sangue **Si** **No**)
(Se sì, quali _____)

Sussistono malattie dell'apparato uro-genitale **Si** **No**)
(Se sì, quali _____)

Sussistono patologie visive **Si** **No**)
(Se sì, quali _____)

Sussistono patologie uditive **Si** **No**)
(Se sì, quali _____)

E' invalido civile o del lavoro o di guerra o per servizio **Si** **No**)
(Se sì, Specificare per quali malattie ed in quale misura % Tab. _____)

QUESTIONARIO SONNOLENZA DIURNA – ALLEGATO 2 AL DM MINISTERO DELLA SALUTE DEL 03/02/2016

Mi capita spesso di appisolarmi frequentemente nelle seguenti situazioni:

- | | | |
|--|------------------------------------|------------------------------------|
| - Davanti alla televisione | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - In treno o in autobus o in macchina se non guido | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - Leggendo il giornale | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - Al cinema o ad una conferenza | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - Conversando con qualcuno o durante i pasti | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - Alla guida, nelle brevi soste del traffico | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

Data _____ **Firma dell'interessato** _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO DATI SENSIBILI

Il 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 dall'art.7 nella medesima legge. 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 dal medico responsabile del procedimento e titolare del trattamento, acconsento al trattamento dei miei dati con le modalità e per i fini illustratimi.

Data _____ **Firma dell'interessato** _____