

RELAZIONE DI VISITA MEDICA

(Da conservare agli atti)

Visita medica per della patente categoria iniziata in
data

relativa al/la Sig./ra nato/a in
..... il documento di
riconoscimento n° rilasciato da il

il/la quale informato/a, 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 O FACEVA USO DI SOSTANZE PSICOATTIVE** (es. psicofarmaci, alcool, droghe, ecc.) SI NO
(Se si specificare quali)
- **SUSSISTONO PATOLOGIE DEL SISTEMA NERVOSO** SI NO
(Se si specificare quali)
- **SOFFRE DI EPILESSIA O HA MANIFESTATO CRISI EPILETTICHE** SI NO
(Se si specificare quando si è manifestata l'ultima)
- **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)
- **SOFFRE O HA SOFFERTO DI MALATTIA DELLE APNEE OSTRUTTIVE NEL SONNO** SI NO
(Se si quali)
- **SUSSISTONO PATOLOGIE ONCOLOGICHE** SI NO
(Se si quali)
- **E' INVALIDO CIVILE O DEL LAVORO O DI GUERRA O PER SERVIZIO** SI NO
(se SI specificare per quali malattie ed in quale misura (% tab.))

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 196/2013
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 illustrate.

Data.....

Firma dell'interessato/a
.....