

RELAZIONE DI VISITA MEDICA

RINNOVO PATENTE

Cognome		Nome	
Data di nascita	Luogo		Prov
Stato se Estero		Comune se estero	
Codice fiscale		Telefono	
Indirizzo per spedizione patente		Comune	
Prov	CAP	E-mail	
N. patente	Cat.	Rilasciata 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 DPR 19 aprile 1994 n°575, a revisione la patente di guida con conseguente revoca o sospensione della stessa,

DICHIARA₍₂₎

- 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 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 patologie 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 ed in quale misura (%Tab.)

Data

Firma dell'interessato/a

FOTO

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Io sottoscritto..... Dichiaro di aver ricevuto le informazioni di cui all'art.13 del Regolamento UE n.2016/769 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati che abroga la direttiva 95/46/CE. In particolare, consapevole anche 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 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, acconsentendo al trattamento dei miei dati con le modalità e per le finalità illustratemi

Data

Firma dell'interessato/a

- dichiarazione anamnestica sottoscritta dall'interessato/a
- attestazione del medico di fiducia dr rilasciata il
- certificazione rilasciata da Il Attestante l'assenza di condizioni di abuso di sostanze alcoliche e il non uso di sostanze stupefacenti o psicotrope
- valutazione specialistica (3)
- certificazione del costruttore attestante le caratteristiche tecniche e l'efficienza delle protesi acustiche utilizzate dall'interessato/a

Verificato che l'interessato/a:

- presenta obiettività clinica di malattie fisiche o psichiche in atto, e/o anomalie della conformazione o dello sviluppo somatico e deficienze organiche o minorazioni anatomiche o funzionali, che possano comunque pregiudicare la sicurezza della guida di veicoli ai quali la paziente abilita⁽²⁾ SI NO

- presenta obiettività clinica e precedenti anamnestici che facciano sospettare malattie progressive degli occhi richiedenti accertamenti strumentali del campo visivo⁽²⁾ SI NO

- presenta ai test clinici di screening, alterazioni richiedenti approfondimenti diagnostici specialistici:

- della sensibilità al contrasto⁽²⁾ SI NO
- della sensibilità all'abbagliamento⁽²⁾ SI NO
- dei tempi di recupero dopo l'abbagliamento⁽²⁾ SI NO
- della visione crepuscolare⁽²⁾ SI NO

- possiede acuità visiva **naturale/corretta**⁽¹⁾ in visione⁽²⁾:

- binoculare di/decimi all'occhio destro e di/decimi all'occhio sinistro
- monoculare **anatomica/funzionale**⁽¹⁾, posseduta da un periodo **sufficiente/non sufficiente**⁽¹⁾ per consentire l'adattamento,..... /decimi all'occhio destro/sinistro

- percepisce la voce di conversazione a m..... a destra e a ma sinistra senza/con protesi acustica monoaurale/biaurale⁽¹⁾

- possiede, in relazione alla specifica categoria di patente, tempi di reazione a stimoli semplici e complessi luminosi ed acustici, sufficientemente rapidi e regolari⁽²⁾ SI NO

Si giudica lo/la stesso/a:

IDONEO/NON IDONEO⁽¹⁾⁽⁴⁾ **per conferma**⁽¹⁾ della patente di categoria..... con le seguenti indicazioni⁽²⁾:

- NESSUNA PRESCRIZIONE OBBLIGO LENTI cod.....
- VALIDITA' DELLA TENTE LIMITATA (su parere diabetologico) a:
- OBBLIGO DI cod..... (riservato a CML)
- LIMITAZIONE ALLA GUIDA..... cod.....(riservato a CML)
- MODIFICHE AL VEICOLO cod..... (riservato a CML)

Annotazioni

.....

.....

.....

Data

Firma del medico certificante

(1) Cancellare la parte che non interessa

(2) Contrassegnare con la x la voce (o le voci) di interesse

(3) Diabetologia, Neurologia, Oculistica, ecc.

(4) In caso di giudizio di NON IDONEITA', il medico certificatore monocratico dovrà provvedere, ai sensi dell'art.126, comma6, del "codice della strada", a comunicare tale esito al competente ufficio del Dipartimento per i trasporti terrestri