

Incollare fototessera recente. Non anteriore a 6 mesi (su sfondo bianco). Dimensioni 3,5 x 4 cm.



**A.S.L. TO5**

Azienda Sanitaria Locale  
di Chieri, Carmagnola, Moncalieri e Nichelino

Il/La sottoscritto/a

Nome  Cognome

Luogo di nascita  Provincia  Stato

Data di nascita  Codice fiscale

Residente a  Provincia

Numero

Telefono  e-mail

richiede di essere sottoposto a visita medica per:

SCEGLIERE UNA VOCE DALL'ELENCO

SE GIÀ IN POSSESSO DI UNA PATENTE DI GUIDA RIPORTARE I DATI QUI DI SEGUITO

PATENTE NUMERO  RILASCIATA DA

DATA RILASCIO  DATA SCADENZA

CATEGORIA

**DICHIARA INOLTRE DI MANLEVARE E MANLEVA SIN D'ORA L'ASLTO5, SC Medicina Legale**, da responsabilità ovvero disguidi / violazioni della privacy operate da terzi sui dati inoltrati, nonché da eventuali danni inerenti/derivanti dalla modalità di inoltro tramite e-mail sopra dichiarata dall'utente, dei certificati e/o documentazione.

Dichiaro di aver letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679, consultabile nella sezione Privacy del sito web istituzionale e affissa nei locali aziendali.

Data

Firma

**PARTE DA COMPILARE A CURA DELL'UFFICIO PATENTI ASL**

L'Ufficio ricevente attesta che la presentazione dell'istanza di visita medica presso la CML dell'ASLTO5 da parte del/la Sig./ra \_\_\_\_\_, è avvenuta in data \_\_\_\_\_ e che l'accertamento sanitario sarà espletato il \_\_\_\_\_, salvo cause di impedimento dettate da eventi imprevisti, caso fortuito, forza maggiore.

Data:

L'impiegato addetto:

Nome  Cognome

Nato/a  Provincia  Data di nascita

il 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 Si  No

**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 dell'apparato uro-genitale** Si  No

se Si quali

**sussistono patologie visive** Si  No

se Si quali  uso di lenti a contatto Si  No

**sussistono patologie uditive** Si  No

se Si quali  uso di protesi acustica Si  No

**sussiste Sindrome delle Apnee Ostruttive nel Sonno (OSAS)** Si  No

**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)

**Ha mai avuto problemi di alcool correlati ?** Si  No

Dichiaro di aver letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679, consultabile nella sezione Privacy del sito web istituzionale e affissa nei locali aziendali.

Data

Firma