

REGIONE PIEMONTE  
AZIENDA SANITARIA LOCALE A.S.L. TO 5

RELAZIONE DI VISITA MEDICA  
(Da conservare agli atti)

Conferma della patente di guida categoria.....

VISITA MEDICA iniziata in data ..... relativo alla persona di:

(Cognome) ..... (Nome) .....

nat\_\_ a ..... (.....) il .....

documento di riconoscimento ..... nr. ....

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<sup>(2)</sup>:

- |  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| - sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio                 | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ( se Si quali .....  |                             |                             |
| - sussiste diabete   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ( se Si specificare se insulino-dipendente .....                         |                             |                             |
| - sussistono altre patologie endocrine                                   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ( se Si quali .....  |                             |                             |
| - sussistono turbe e/o patologie psichiche                               | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ( se Si quali .....  |                             |                             |
| - fa uso di sostanze psicoattive   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ( se Si quali .....  |                             |                             |
| - sussistono patologie del sistema nervoso                               | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ( se Si quali .....  |                             |                             |
| - soffre di epilessia o ha manifestato crisi epilettiche                 | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ( se Si specificare quando si è manifestata l'ultima .....               |                             |                             |
| - sussistono malattie del sangue   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ( se Si quali .....  |                             |                             |
| - sussistono malattie dell'apparato uro-genitale                         | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ( se Si quali .....  |                             |                             |
| - sussistono patologie visive  | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ( se Si quali .....  |                             |                             |
| - sussistono patologie uditive   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ( se Si quali .....  |                             |                             |
| - è invalido civile o del lavoro o di guerra o per servizio              | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ( 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 196/2003 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

Vista la sotto elencata documentazione, prodotta ed acquisita agli atti<sup>(2)</sup>: