

**INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**  
(ex art. 13 del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003)

Gentile Signore/a,  
desideriamo informarla che il D.Lgs 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" (Codice Privacy) prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza ed i Suoi diritti.

Ai sensi dell'art. 13 del Codice La informiamo che i Suoi dati **personali** (quali ad esempio, i dati anagrafici, la residenza, la tessera sanitaria, il codice fiscale ecc.) e **sensibili** (ad esempio, le informazioni sullo stato di salute, sulla vita sessuale, ecc.), sono trattati, cioè utilizzati, nel rispetto del segreto professionale, del segreto d'ufficio e secondo i principi della normativa in materia di privacy.

La Medicina Legale opera sulla base di norme specifiche di legge, su richiesta dell'interessato o di un ente pubblico. Con la scheda n. 35 di cui all'all. B del Regolamento Regionale per il trattamento dei dati personali sensibili e giudiziari (D.P.G.R. 11 maggio 2006, n. 3/R) sono individuati i dati, le modalità di trattamento, comunicazione e flusso informativo relativo all'attività medico legale di accertamento all'idoneità alla guida.

**Finalità del trattamento dei dati**

In particolare, i Suoi dati sono trattati ai seguenti fini:

- tutela della salute individuale e collettiva mediante il rilascio di certificati a richiesta del singolo (certificato medico per la patente di guida, per il porto d'armi, per l'idoneità psicofisica all'assunzione, per apprendisti maggiorenni e minorenni, ecc.);
- esercizio di un diritto da parte delle persone con disabilità (riconoscimento dello stato di invalidità, sordità o cecità civili, dell'handicap ai sensi della L. 104/92 e s.m.i., per il collocamento mirato al lavoro ai sensi della L. 68/99), mediante il rilascio di certificazione sanitaria collegiale;
- tutela della salute individuale e collettiva attraverso la valutazione dell'idoneità psicofisica per la guida di autoveicoli, ciclomotori e mezzi nautici a persone con patologie o sottoposte a revisione straordinaria da parte dell'autorità competente per la violazione di specifici articoli di legge;
- istruttoria della domanda per il riconoscimento dell'indennizzo per danni permanenti da vaccinazione, trasfusione o somministrazione di emoderivati, ai sensi della L. 210/92 e s.m.i. e gestione delle pratiche dal punto di vista economico-amministrativo;
- tutela del lavoratore e/o del datore di lavoro per l'accertamento dell'idoneità al lavoro o alla mansione (cambio mansioni, pensionamento anticipato per motivi di salute, ricorso avverso il giudizio del medico competente).

**Modalità di trattamento dei dati**

I Suoi dati saranno trattati in modo sia cartaceo e sia informatizzato; in entrambi i casi saranno adottate tutte le misure di sicurezza necessarie. Il trattamento, a seconda dei casi, può consistere in:

- raccolta, compilazione, conservazione, archiviazione di documentazione sanitaria;
- stesura di referti e certificazioni;
- compilazione e conservazione degli elenchi degli utenti in relazione alle specifiche prestazioni fruite presso la Medicina Legale;
- raccolta di dati relativi a reclami/suggerimenti/apprezzamenti, inoltrati dagli stessi agli uffici competenti ed eventuale predisposizione di risposta;
- stesura di pareri per il rilascio di autorizzazioni;
- altri adempimenti previsti da norme di legge o di regolamento.

Il trattamento potrà essere effettuato anche in collaborazione con soggetti esterni, in virtù di contratti, convenzioni o accordi.

**Conferimento dei dati**

Il conferimento dei dati è necessario per lo svolgimento delle attività della S.C. Medicina Legale dell'ASL TO5 di cui alle finalità sopra indicate.

L'eventuale mancato conferimento dei dati personali, ovvero il conferimento di dati personali errati, ovvero il mancato consenso al trattamento, non consentono lo svolgimento delle attività suddette.

**I dati sono conservati per il tempo necessario all'assolvimento degli obblighi di legge.**

In relazione ai vari ambiti di attività della Medicina Legale, i dati potranno essere comunicati ai soggetti di competenza tra quelli di seguito elencati:

**Soggetti pubblici:** Autorità Sanitaria (Sindaco); Autorità Giudiziaria; Organi di Polizia Giudiziaria; Prefettura; Questura; Motorizzazione Civile; Regione; altre Aziende Sanitarie; INAIL; INPS; Città Metropolitana; Comuni.

**Soggetti privati diversi dall'interessato:** Medico di Base; altri soggetti, pubblici o privati, previsti da norme di legge o di regolamento.

I dati personali non sono soggetti a diffusione se non prevista da una norma di legge o di regolamento.

I dati personali possono essere trasferiti all'estero nell'ambito della tutela dei suoi diritti.

**Lei ha diritto di** conoscere i dati che La riguardano, sapere come sono stati acquisiti, verificare se sono esatti, completi, aggiornati e ben custoditi.

Potrà inoltre esercitare tutti i diritti a Lei spettanti - e specificamente descritti all'art. 7 del Codice Privacy - presentando domanda alla segreteria della Medicina Legale.

O

**Titolare del trattamento dei dati** è l'Azienda sanitaria locale ASL TO5 di Chieri, Carmagnola, Moncalieri e Nichelino, con sede in Piazza Silvio Pellico n. 1 - Chieri (TO).

**Responsabile del trattamento dati** è il Direttore della Struttura Complessa di Medicina Legale.



**A.S.L. TO5**

Azienda Sanitaria Locale  
di Chieri, Carmagnola, Moncalieri e Nichelino

**Struttura Complessa di Medicina Legale**

Piazza Silvio Pellico 1 - Chieri (TO)

Telefono 0119429.3676 - 3677

Fax 0110469254

Mail ml.151@aslto5.piemonte.it

**ALLA COMMISSIONE MEDICA LOCALE ASL TO5**

Il/La sottoscritto / a .....

nato/a a ..... Prov. ....

il giorno ....., residente a ..... Prov. ....

in Via/Piazza ..... n. .... C.A.P. ....

Telefono ..... Fax ..... Mail .....

Patente n. .... rilasciata da ..... il .....

Codice Fiscale 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

richiede di essere sottoposto a visita medica, ai fini del rilascio del certificato medico per il:

**Rilascio / Riclassificazione / Duplicato / Revisione**

**RINNOVO**

della patente di guida di categoria:

AM	A1	A2	A	B1	B	BE	C1	C1E	C	CE	D1	D1E	D	DE
----	----	----	---	----	---	----	----	-----	---	----	----	-----	---	----

**Normale**

**Limitata / Speciale**

che **scade** il giorno ..... / ..... / .....

**DICHIARA DI NON AVERE IN CORSO GIUDIZI DI NON IDONEITA'**

Data ..... Firma .....

**Consenso al trattamento dati**

Io sottoscritto/a ..... ho letto e compreso l'informativa di cui all'art. 13 del D.lgs. 196/03; inoltre sono stato informato/a del fatto che i dati personali e quelli riguardanti le mie condizioni di salute sono tutelati dal segreto d'ufficio e verranno trattati utilizzando supporti cartacei ed anche in modalità informatizzata, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge. Sono stato anche informato/a che i dati saranno trasmessi ai competenti uffici pubblici, per gli adempimenti di competenza previsti dalla legge.

Ho preso atto dei diritti a me riconosciuti dall'art. 7 del suddetto decreto legislativo e sono consapevole che in caso di mancato consenso le prestazioni attinenti alla mia richiesta di cui sopra non potranno essere erogate all'ASL TO5.

Presto pertanto il mio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili per le finalità indicate dall'informativa, ed autorizzo altresì il personale della Commissione Medica Locale Patenti, se lo riterrà necessario, ad esaminare ed estrarre copia della documentazione sanitaria che mi riguarda, conservata presso strutture pubbliche. Inoltre esprimo il consenso all'inserimento dei dati personali e sensibili, emersi nel corso del presente accertamento, nella cartella medico-legale, che potrà essere esaminata dal personale autorizzato, a seguito di qualsiasi richiesta di benefici presentata a strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

Data ..... Firma .....

### Delega per il ritiro della certificazione

Il/La sottoscritto / a .....  
delega il/la sig./sig.ra ..... al ritiro della certificazione  
richiesta.

Data ..... Firma .....

N.B. Il personale dell'ASL TO5 provvederà all'identificazione del delegato/a mediante la visione del documento di identità personale.

### Cosa presentare al momento della visita:

1. **Documentazione sanitaria recente relativa alle patologie sofferte**, se possibile non anteriore a 3/6 mesi dalla data della visita (in caso di diabete ed epilessia il certificato del Medico Specialista deve essere non anteriore a 3 mesi).
2. **Tutta la documentazione sanitaria dovrà essere prodotta sia in originale e sia in fotocopia**. Le fotocopie saranno trattenute dalla Commissione, in mancanza delle suddette fotocopie verrà trattenuta la documentazione in originale. Inoltre **si ricorda che in mancanza di documentazione sanitaria la Commissione potrà richiedere gli accertamenti del caso** e, nel frattempo, **se la patente è scaduta**, non si potrà guidare e circolare.
3. **Patente di guida** (sia in originale e sia in fotocopia), tranne per i casi di mancato possesso per **SOSPENSIONE / CONSEGUIMENTO**
4. **Documento di identità personale valido** (in originale)
5. **Documentazione rilasciata dal fornitore della protesi** (qualora utilizzata dall'utente)

### Cosa fare dopo la visita con esito positivo:

- in caso di **RINNOVO**, si guida con il documento provvisorio (vale 60 giorni, solitamente entro 7 giorni giunge al domicilio la nuova patente)

### Modalità di prenotazione, sede della visita ed orari

Gli utenti dovranno presentarsi personalmente alla prenotazione presso la Segreteria della S.C. di Medicina Legale, sita al pianterreno della sede ASL in Piazza S. Pellico n. 1 – Chieri (TO), con orario di apertura al pubblico **il lunedì ed il mercoledì dalle ore 9,00 alle ore 11,00**, al fine di espletare gli accertamenti preliminari alla visita (presentazione istanza formale di visita medica, raccolta dati, predisposizione accertamenti diagnostico-strumentali in base al caso).

**Contatti telefonici attraverso la segreteria telefonica ai numeri 01194293676 / 3677 .**

**La visita avverrà presso l'ambulatorio** della S.C. di Medicina Legale, sito al piano terreno, all'entrata della sede ASL in Piazza S. Pellico n. 1 – Chieri (TO). La visita prenotata non può essere spostata ad altra data, salvo casi eccezionali adeguatamente motivati.

**Dichiarazione da compilare prima della prenotazione e da firmare poi in presenza del medico esaminatore**, e consegnare (allegato 1 circolare MCTC del 18/07/1995 e D.M. Salute 21/01/2014).

Visita medica per conferma patente di guida categoria ..... iniziata in data

Il/La sottoscritto / a ..... nato/a

a ..... Prov. .... il giorno .....

documento di riconoscimento ..... n. ....

rilasciato da ..... il .....

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 .....

**SOFFRE DI TURBE E/O MALATTIE PSICHICHE O NEUROLOGICHE** SI  NO

se SI, quali .....

**FA USO DI SOSTANZE PSICOATTIVE** (ad esempio, psicofarmaci, alcool, droghe, ecc.) SI  NO

se SI, quali .....

**SOFFRE DI EPILESSIA O HA MANIFESTATO CRISI EPILETTICHE** SI  NO

se SI, specificare quando si è manifestata l'ultima crisi .....

**SUSSISTONO PATOLOGIE DEL SISTEMA NERVOSO** SI  NO

se SI, quali .....

**SUSSISTONO MALATTIE DELL'APPARATO URO-GENITALE** SI  NO

se SI, quali .....

**SUSSISTONO MALATTIE DEL SANGUE** SI  NO

se SI, quali .....

**RICONOSCIMENTO INVALIDITÀ CIVILE, DEL LAVORO, DI GUERRA, PER SERVIZIO** SI  NO

se SI, specificare per quali malattie ed in quale misura (%) .....

**ALTRE MALATTIE (visive, uditive, ecc. ....)** SI  NO

**UTILIZZO PROTESI ACUSTICA** SI/NO   **UTILIZZO LENTI A CONTATTO** SI/NO

Data ..... Firma interessato/a .....