

RELAZIONE DI VISITA MEDICA
(Da conservare agli atti)

Il sottoscritto _____

nat. a _____ prov. (____) il ____/____/____

residente in _____ prov. (____) via _____ n° _____

Codice fiscale

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

Nell'ambito dell'accertamento medico legale dell'idoneità psicofisica al **conseguimento/conferma** della patente di guida dei veicoli di cui alla categoria _____ n. _____ rilasciata dalla Motorizzazione Civile/Prefettura di _____ il _____ consapevole che in caso di dichiarazione mendace si provvederà a sottoporre a revisione la patente di guida con conseguente revoca o sospensione della stessa ai sensi degli articoli 128, 129 e 130 del Codice della Strada, così come modificati dagli articoli del DPR 19 aprile 1994 n° 575, salvo che non si configuri ipotesi di reato.

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 (sclerosi multipla, miastenia, 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 _____)
- Sussistono malattie del sangue SI NO
(se SI quali _____)
- 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 _____)
- 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.) _____)

_____ li _____

firma dell'interessato

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 illustratemi.

Data _____

Firma dell'interessato.....