

**Patente di guida:** modulo per la presentazione della domanda e dichiarazione sostitutiva del certificato anamnesticoMARCA DA BOLLO  
16,00 EURO  
(da consegnare il  
giorno della visita)COMMISSIONE MEDICA LOCALE PER LE  
PATENTI DI GUIDA AUTOVEICOLI  
Via Salvo D'Acquisto n. 7 – 37122 VERONA

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_  
 Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
 Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
 Cod. fiscale \_\_\_\_\_ Peso (kg) \_\_\_\_\_ Altezza (cm) \_\_\_\_\_  
 tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

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

- RINNOVO  RILASCIO (conseguimento)  
 RINNOVO PATENTI C – D PER ETÀ  SOSPENSIONE PER NON IDONEITÀ  
 REVISIONE disposta da PREFETTURA o MCTC

della patente di guida dei veicoli di cui alla **categoria:**

- patente **normale**  CIG  A  B  C  D  E  CAP  
 ▪ patente **speciale**  CIG  AS  BS  CS

**Da compilare in caso di possesso della patente**

Patente n \_\_\_\_\_ Rilasciata da: \_\_\_\_\_

Data rilascio: \_\_\_\_\_ Data scadenza: \_\_\_\_\_  
gg/mm/aaaa gg/mm/aaaa**Da compilare solo in caso di non possesso della patente** (conseguimento o sospensione)

Tipo documento \_\_\_\_\_ Numero documento \_\_\_\_\_

Rilasciato da: \_\_\_\_\_ Data rilascio: \_\_\_\_\_ Data scadenza: \_\_\_\_\_  
gg/mm/aaaa gg/mm/aaaa

Altre eventuali comunicazioni: \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO ANAMNESTICO

**DICHIARO** in relazione agli stati patologici (e/o condizioni) di seguito elencate, che:

Sussistono patologie dell' <b>apparato cardiocircolatorio</b> : <i>pressione alta anche se normalizzata dal trattamento, pregresso infarto, angina, pregresso intervento cardiocirurgico, aneurisma, aritmie, impianto di PM (Pacemaker), impianto ICD (Defibrillatore cardiaco) ecc.</i> Se SÌ, indicare, quali: .....	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Sussiste <b>diabete</b> (mellito) Se SÌ, indicare, quale: <input type="checkbox"/> Insulino-dipendente <input type="checkbox"/> NON insulino-dipendente (trattato con dieta o ipoglicemizzanti orali)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Sussistono altre <b>patologie endocrine</b> ( <i>ad es.: della tiroide, dei surreni, dell'ipofisi</i> ) Se SÌ, indicare, quali: .....	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Soffre (ha mai sofferto) di <b>malattie neurologiche</b> ( <i>ad es.: Morbo di Parkinson, emiparesi, ischemia cerebrale transitoria, sclerosi multipla, ecc.</i> ) Se SÌ, indicare, quali: .....	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Soffre (ha mai sofferto) di <b>turbe psichiche</b> ( <i>ad es.: ansia, depressione, allucinazioni, ecc.</i> ) Se SÌ, indicare, quali e in quale periodo ne ha sofferto: .....	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
E' attualmente (è stato) in cura con <b>tranquillanti, antidepressivi, barbiturici, sonniferi</b> od <b>altri farmaci psicotropi</b> . Se SÌ, indicare, quali, il periodo di riferimento ed i dosaggi: .....	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Assume (o ha assunto per più di una settimana nell'ultimo anno) altre medicine oltre a quelle già dichiarate. Se SÌ, specificare quali, il periodo di riferimento ed i dosaggi: .....	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Ha avuto problemi relativi ad <b>abuso di alcolici</b> ( <i>ad es.: guida in stato di ebbrezza, ricoveri ospedalieri, ecc.</i> ) Se SÌ, indicare di quale tipo e quando: .....	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Ha fatto uso di <b>canapa indiana, ecstasy, eroina, cocaina, amfetamine, LSD o altre droghe</b> Se SÌ, specificare quando: .....	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Ha subito un <b>trauma cranico</b> Se SÌ, specificare quando: .....	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Ha subito <b>incidenti stradali, infortuni sul lavoro</b> Se SÌ, specificare quando: .....	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Soffre di <b>epilessia</b> o ha in passato manifestato <b>crisi epilettiche (o convulsioni)</b> Se SÌ, indicare la data dell'ultima crisi e la terapia eseguita: .....	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Sussistono <b>malattie del sangue</b> Se SÌ, specificare quali: .....	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Sussistono malattie dell' <b>apparato uro-genitale</b> ( <i>ad es.: Insufficienza Renale Cronica</i> ) Se SÌ, specificare quali: .....	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
In passato è stato visitato presso una Commissione Medica Locale Patenti Se SÌ, specificare di quale provincia: ..... e per quale motivo: .....	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO

E' stato riconosciuto invalido <input type="checkbox"/> CIVILE <input type="checkbox"/> INPS <input type="checkbox"/> INAIL <input type="checkbox"/> DI GUERRA <input type="checkbox"/> PER CAUSA DI SERVIZIO	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
E' mai stato ricoverato Se SÌ, specificare per quale motivo nell'Ospedale di: ..... nell'anno: ..... nell'Ospedale di: ..... nell'anno: ..... nell'Ospedale di: ..... nell'anno: ..... nell'Ospedale di: ..... nell'anno: ..... nell'Ospedale di: ..... nell'anno: .....	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Sussistono patologie progressive a carico dell'apparato visivo Se SÌ, specificare quali: .....	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Utilizza lenti a contatto	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Ha problemi di udito Se SÌ, indicare: <input type="checkbox"/> orecchio dx <input type="checkbox"/> orecchio sx	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Utilizza protesi acustiche	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Altre <b>patologie</b> ..... ..... .....	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO

#### DICHIARAZIONE DEL RICHIEDENTE

Dichiaro sotto la mia responsabilità, e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 e di quanto stabilito dall'art. 75 del DPR 445/2000, di aver fornito tutte le informazioni in mia conoscenza utili a definire il mio stato di salute, in particolare dichiaro di non far abuso di alcolici, di sostanze stupefacenti o psicotrope e di non aver avuto crisi epilettiche nell'ultimo anno.

Letto

#### DICHIARAZIONE AI SENSI DELLA LEGGE SULLA PRIVACY

I dati personali e quelli riguardanti le mie condizioni di salute, saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, nel rispetto e nei limiti stabiliti dal regolamento (UE) 2016/679 (General Data Protection Regulation – GDPR) secondo l'informativa conservata presso sede dell'azienda ULSS n. 9 pubblicata nel sito internet, accessibile al seguente link: <https://www.aulss9.veneto.it> saranno trasmessi ai competenti uffici pubblici, a loro volta vincolati dall'obbligo del segreto d'ufficio, per gli adempimenti di competenza previsti dalla legge.

Letto e accettato

#### AUTORIZZAZIONE TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Il sottoscritto autorizza il personale della Commissione Medica Locale Patenti, se lo riterrà necessario, ad esaminare ed estrarre copia della documentazione sanitaria che lo riguarda, conservata presso strutture pubbliche. Inoltre autorizza l'inserimento dei dati personali e di quelli riguardanti le proprie condizioni di salute, emersi nel corso della presente visita, in una cartella clinica medico-legale, che potrà essere esaminata dal personale autorizzato, vincolato dall'obbligo del segreto d'ufficio, a seguito di qualsiasi richiesta di benefici presentata a strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

SÌ  NO

Le sarà recapitata tramite lettera ordinaria all'indirizzo sopra indicato la comunicazione con la data della visita e gli accertamenti da eseguire prima della visita. Detti accertamenti dovranno essere presentati il giorno della visita stessa. Qualora il modulo sia compilato e spedito on-line la SV è pregata di indicare l'indirizzo e-mail per eventuali nostre comunicazioni.

Data .....

Firma del dichiarante .....