



Patente di guida: modulo per la presentazione della domanda e dichiarazione sostitutiva del certificato anamnestico

MARCA 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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> RINNOVO | <input type="checkbox"/> RILASCIO (conseguimento) |
| <input type="checkbox"/> RINNOVO PATENTI C – D PER ETÀ | <input type="checkbox"/> SOSPENSIONE PER NON IDONEITÀ |
| <input type="checkbox"/> REVISIONE disposta da PREFETTURA o MCTC | |

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

- | | | | | | | | |
|---------------------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------|
| ▪ patente normale | <input type="checkbox"/> CIG | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> E | <input type="checkbox"/> CAP |
| ▪ patente speciale | <input type="checkbox"/> CIG | <input type="checkbox"/> AS | <input type="checkbox"/> BS | <input type="checkbox"/> 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' apparato cardiocircolatorio : <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 diabete (mellito) Se SÌ, indicare, quale: <input type="checkbox"/> Insulino-dipendente <input type="checkbox"/> NON isulino-dipendente (trattato con dieta o ipoglicemizzanti orali) | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| Sussistono altre patologie endocrine (<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 malattie neurologiche (<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 turbe psichiche (<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 tranquillanti, antidepressivi, barbiturici, sonniferi od altri farmaci psicotropi . 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 abuso di alcolici (<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 canapa indiana, ecstasy, eroina, cocaina, amfetamine, LSD o altre droghe Se SÌ, specificare quando: | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| Ha subito un trauma cranico Se SÌ, specificare quando: | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| Ha subito incidenti stradali, infortuni sul lavoro Se SÌ, specificare quando: | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| Soffre di epilessia o ha in passato manifestato crisi epilettiche (o convulsioni) Se SÌ, indicare la data dell'ultima crisi e la terapia eseguita: | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| Sussistono malattie del sangue Se SÌ, specificare quali: | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| Sussistono malattie dell' apparato uro-genitale (<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 patologie | <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