

COMMISSIONE MEDICA LOCALE
DICHIARAZIONE DA FIRMARE IN PRESENZA DEL MEDICO ESAMINATORE

.....sottoscritt.....

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

residente in..... prov. (.....) via/piazza

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 di patente di guida con conseguente revoca o sospensione della stessa.

DICHIARA

- sussistono patologie dell'apparato cardiocircolatorio SI NO
(se SI quali))
- sussiste diabete: SI NO
(se SI specificare se insulinodipendente SI NO)
- sussistono altre patologie endocrine SI NO
(se SI quali:)
- sussistono turbe e/o patologie psichiche SI NO
(se SI quali:)
- fa o ha fatto uso di sostanze psicoattive SI NO
(se SI quali)
- sussistono malattie neurologiche o sindromi delle apnee notturne 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 dell'apparato urogenitale 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 indicare per quali malattie ed in quale misura (%Tab.))

Data

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 verbale di visita 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