

**AUTODICHIARAZIONE**  
(art.119 D.lgs 285/92 "Nuovo Codice della Strada")  
\*\*\* COMPILARE TUTTI I CAMPI \*\*\*

Il/La Sottoscritto/a .....  
 Nato/a a ..... Prov. ....  
 il ...../...../..... residente in ..... Prov. ....  
 Indirizzo ..... n. .... CAP ..... Tel/Cell. ....  
 n. patente ..... rilasciata da ..... il ...../...../....., scadenza il ...../...../.....

**CHIEDE**

di essere sottoposto agli accertamenti sanitari e medico legali per la certificazione dell'idoneità psicofisica per

<input type="checkbox"/> RILASCIO	<input type="checkbox"/> RINNOVO	<input type="checkbox"/> REVISIONE/ALTRO
-----------------------------------	----------------------------------	--

di

PATENTE DI GUIDA   
  ATTESTATO ANNUALE PAT. CE>20t o D   
  PATENTE NAUTICA  
 a tal fine

consapevole che, in caso di dichiarazioni non corrispondenti al vero, si applicheranno le sanzioni penali richiamate all'art. 76 del DPR 445/2000

**DICHIARA**

(barrare la voce corrispondente al motivo della richiesta)

Codice patologia	Patologia		
C	Patologie dell'apparato cardio-circolatorio / Trapianto di cuore	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
C1	Sussiste <u>solo</u> ipertensione	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
D	Sussiste diabete	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
E	Sussistono altre patologie endocrine	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
P	Sussistono turbe e/o patologie psichiche / Uso di psicofarmaci	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
CE	Soffre di epilessia o ha manifestato crisi epilettiche	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
U	Sussistono malattie dell'apparato urinario / Insufficienza renale grave / Dialisi	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
V	Soggetti monocoli / con glaucoma / neurite ottica / retinopatia	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
A	Sindrome apnee notturne	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
T	Trapianti di organo (per trapianto di cuore: segnare la voce C)	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
M	Malattie del sistema nervoso / Aneurisma cerebrale <b>(SENZA deficit arti)</b>	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
	Sclerosi multipla / ictus / masse cerebrali o ipofisarie <b>(SENZA deficit arti)</b>	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
PCDE	Patenti categorie superiori	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
I	Incidente stradale ( <u>solo</u> primo accesso/revisione)	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
AL	Abuso di alcool	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
ST	Uso di sostanze stupefacenti	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
INT	Deficit arti di origine neurologica (esempio: SLA, Parkinson, altro: .....)	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
	Sclerosi multipla / ictus / masse cerebrali <b>(CON deficit arti)</b>	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
	▸ Poliomielite <i>oppure</i> Deficit arti di origine NON neurologica:	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
	<input type="checkbox"/> Soggetti amputati <input type="checkbox"/> Soggetti affetti da nanismo	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
	▸ <input type="checkbox"/> Ipoacusici SENZA protesi <input type="checkbox"/> Soggetti in ossigenoterapia a lungo termine	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
S	Ipoacusici corretti da protesi	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
ALTRO	Specificare:	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

**N.B.** Se invalido civile, del lavoro, di guerra, o per servizio, portare **copia verbale di riconoscimento invalidità**

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI**

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679 (RGPD), riportato sul sito aziendale alla voce "Informativa Generale"  
<https://www.uslsudest.toscana.it/privacy/privacy-in-azienda>



DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

dichiarazione anamnestica sottoscritta dall'interessato/a

attestazione del medico di fiducia Dr. .... rilasciata il ...../...../.....

certificazione rilasciata da ..... il ...../...../.....

attestante l'assenza di condizioni di abuso di sostanze alcoliche e il non uso di sostanze stupefacenti o psicotrope

valutazione specialistica .....

.....

certificazione del costruttore attestante le caratteristiche tecniche e l'efficienza delle protesi acustiche utilizzate

dall'interessato/a

#### VERIFICATO CHE L'INTERESSATO/A

- ✓ presenta obiettività clinica di malattie fisiche o psichiche in atto, e/o anomalie della conformazione o dello sviluppo somatico e deficienze organiche o minorazioni anatomiche o funzionali, che possano comunque pregiudicare la sicurezza della guida di veicoli ai quali la patente abilita  sì  no
- ✓ presenta obiettività clinica e precedenti anamnestici che facciano sospettare malattie progressive degli occhi richiedenti accertamenti strumentali del campo visivo  sì  no
- ✓ presenta, ai test clinici di screening, alterazioni richiedenti approfondimenti diagnostici specialistici:
  - x della sensibilità al contrasto  sì  no
  - x della sensibilità all'abbagliamento  sì  no
  - x dei tempi di recupero dopo l'abbagliamento  sì  no
  - x della visione crepuscolare  sì  no
- ✓ possiede acuità visiva naturale/corretta in visione
  - x binoculare di ..... / decimi all'occhio destro e di ..... / decimi all'occhio sinistro
  - x monoculare anatomica/funzionale posseduta da un periodo sufficiente/non sufficiente per consentire l'adattamento di ...../decimi all'occhio destro/sinistro
- ✓ percepisce la voce di conversazione a m. .... a destra e a m. .... a sinistra  **senza**  **con** protesi acustica monoaurale/biaurale
- ✓ possiede, in relazione alla specifica categoria di patente, tempi di reazione a stimoli semplici e complessi, luminosi ed acustici, sufficientemente rapidi e regolari

Si giudica lo/la stesso/a:

IDONEO  NON IDONEO

per conferma della patente di guida di categoria .....

#### con le seguenti indicazioni:

NESSUNA PRESCRIZIONE

OBBLIGO LENTI cod. ....

VALIDITA' DELLA PATENTE LIMITATA (su parere diabetologico) a .....

OBBLIGO DI ..... cod. .... (riservato a CML)

LIMITAZIONE ALLA GUIDA ..... cod. .... (riservato a CML)

MODIFICHE AL VEICOLO ..... cod. .... (riservato a CML)

Annotazioni .....

.....

.....

Data .....

\_\_\_\_\_  
*Firma del Medico certificatore*

U.O. MEDICINA LEGALE  
COMMISSIONE MEDICA LOCALE  
**ACCERTAMENTI RICHIESTI**  
**IN BASE ALLE PATOLOGIE DICHIARATE**

Visite ed esami ematochimici e strumentali necessari per la visita in CML **non sono compresi nei LEA: devono pertanto essere eseguiti a carico del richiedente e non possono essere prescritti dal medico**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

**A** = Commissione ALCOOL e SOSTANZE

**B** = Commissione BASE

**C** = Commissione CARDIOLOGICA

**I** = Commissione INTEGRATA

Patologia	Accertamenti	Tipo Commissione e ticket	
<b>C</b>	ECG + Visita cardiologica + Ecocuore (+ eventuale copia controllo pacemaker o defibrillatore già in possesso)	<b>C</b>	24,79
<b>C1</b>	ECG + Visita cardiologica	<b>C</b>	24,79
<b>D</b>	Certificato diabetologico (v. allegato D)	<b>B</b>	18,59
<b>E</b>	Visita endocrinologica: ultima valutazione specialistica effettuata ed esami del sangue per controllo terapeutico	<b>B</b>	18,59
<b>P</b>	Visita psichiatrica	<b>B</b>	18,59
<b>CE</b>	Visita neurologica (Certificato neurologico: <u>validità 1 mese</u> )	<b>B</b>	18,59
<b>U</b>	Visita urologica/nefrologica	<b>B</b>	18,59
<b>V</b>	Campo visivo 120 punti	<b>B</b>	18,59
<b>A</b>	Visita pneumologica + Polisonnografia se non usa CPAP Visita pneumologica con scarico dati CPAP se già in cura	<b>B</b>	18,59
<b>T</b>	Relazione specialistica attestante l'eventuale condizione di non suscettibilità di aggravamento	<b>B</b>	18,59
<b>M</b>	Visita neurologica: >>> <u>SOLO PER SCLEROSI MULTIPLA, ICTUS, MASSE CEREBRALI O IPOFISARIE:</u> Visita neurologica + Campo visivo 120 punti	<b>B</b>	18,59
<b>PCDE</b>	<b>Patenti superiori: SOLO in caso di superamento del limite di età:</b> <b>Patenti C - CE per soggetti = &gt; 65 anni</b> <b>Patenti D - DE per soggetti = &gt; 60 anni</b>		
	<b>Senza patologie e/o per solo rilascio attestato patenti CE&gt;20t e D:</b> ECG + Visita cardiologica + Ecocuore + Visita neurologica + Visita oculistica + fundus	<b>B</b>	18,59 + <b>15,37</b> (per esame tempi di reazione che vengono effettuati al momento della visita)
	<b>In presenza di patologia -&gt; inserire nella commissione di appartenenza e/o</b> <b>in caso di segnalazione alcool/sostanze -&gt; inserire in commissione alcool:</b> ECG + Visita cardiologica + Ecocuore + Visita neurologica + Visita oculistica + fundus + Esami previsti da patologia/AL/ST	<b>A/B/C/I</b>	18,59/24,79/30,99 + <b>15,37</b> (per esame tempi di reazione che vengono effettuati al momento della visita)
<b>I</b>	(INCIDENTE IN ASSENZA DI PATOLOGIE) ECG + Visita cardiologica + Ecocuore + Visita neurologica, Visita oculistica + fundus	<b>B</b>	18,59
	(INCIDENTE IN PRESENZA DI PATOLOGIE O CON SEGNALAZIONE ALCOOL/SOST) ECG + Visita cardiologica + Ecocuore + Visita neurologica, Visita oculistica + fundus + Esami previsti da patologia/AL/ST	<b>A/B/C/I</b>	18,59/24,79/24,79/ 30,99
<b>AL</b>	Art. 186 CdS (ALCOOL) Emocromo + formula + Transaminasi + GammaGT + CDT	<b>A</b>	24,79
<b>ST</b>	Artt. 75 DPR 309/90 e/o 187 CdS (SOSTANZE STUPEFACENTI) Prescrizione esami tossicologici direttamente presso la segreteria di Medicina Legale	<b>A</b>	24,79
<b>INT</b>	Deficit funzionalità arti di <b>origine neurologica</b> (Ictus, SLA, Parkinson, altre...): Visita neurologica: >>> <u>SOLO PER SCLEROSI MULTIPLA, ICTUS, MASSE CEREBRALI:</u> Visita neurologica + Campo visivo 120 punti	<b>INTEG RATA</b>	30,99
	Deficit funzionalità arti di origine <b>NON</b> neurologica, soggetti amputati di arto e soggetti affetti da nanismo o poliomielite: Nessuna visita		
	Soggetti in ossigenoterapia a lungo termine: Visita pneumologica  Soggetti ipoacusici non corretti da protesi (cod. 42 retro patente): Esame audiometrico tonale		
<b>S</b>	Presentare certificazione funzionamento protesi rilasciata dall'audiometrista	<b>B</b>	18,59
<b>ALTRO</b>	Tutto ciò che non rientra nelle casistiche esposte: Inserire in commissione BASE	<b>B</b>	18,59