



PORTARE GIA' INTERAMENTE COMPILATO



RELAZIONE DI VISITA MEDICA

(Da conservare agli atti)

Conferma della patente di guida categoria VISITA MEDICA iniziata in data

relativo alla persona di:
(cognome) (nome)

nat...a..... (.....) il

documento riconoscimento..... numero

rilasciato da il

Il quale informato, in relazione agli stati 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. 19aprile 1994 n° 575, a revisione la 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 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 malattie del sistema nervoso 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 quali misure (% Tab)(.....)

Data...../...../.....

Firma dell'interessato/a

DICHIARAZIONE DI CONSENSO DEI DATI SENSIBILI ai sensi del REGOLAMENTO UE 2016/679

Io sottoscritto..... dichiaro di aver ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del D.Lgs 196/2003 con specifico riguardo ai diritti 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 dei miei dati con le modalità e per le finalità illustratemi.

Data

Firma dell'interessato/a

INDIRIZZOCAP.....

Allegato – G.U. n. 183 del 8 agosto 2006

AI SENSI E PER GLI EFFETTI DEL GDPR 2016/649 (REG.UE)

INFORMAZIONE

Gentili signori

desideriamo informarvi che i vostri dati sono utilizzati solo per svolgere attività necessarie per prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione o per prestazioni da voi richieste, farmaceutiche, specialistiche e medico legali

Si tratta dei dati forniti da voi stessi o che sono acquisiti altrove, ma con il vostro consenso, ad esempio in caso di ricovero o di risultati di esami clinici.

Anche in caso di uso di computer, adottiamo misure di protezione per garantire la conservazione e l'uso corretto dei dati anche da parte dei collaboratori, nel rispetto del segreto professionale. Sono tenuti a queste cautele anche i professionisti (il sostituto, il farmacista, lo specialista) e le strutture che possono conoscerli.

I dati non sono comunicati a terzi, tranne quando sia necessario o previsto dalla legge.

Si possono fornire informazioni sullo stato di salute a familiari e conoscenti solo su vostra indicazione. In qualunque momento potrete conoscere i dati che vi riguardano, sapere come sono stati acquisiti, verificare se sono esatti, completi, aggiornati e ben custoditi, e far valere i vostri diritti al riguardo. Per attività più delicate da svolgere nel vostro interesse, sarà nostra cura informarvi in modo più preciso.