

RELAZIONE DI VISITA MEDICA

Conferma della patente di guida categoria.....

VISITA MEDICA iniziata in data ..... relativo alla persona di: .....

nat\_\_ a ..... (Cognome) (Nome) il .....

documento di riconoscimento ..... nr. ....

rilasciato da ..... il .....

C.F. ....

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 la patente di guida con conseguente revoca o sospensione della stessa, DICHIARA(2):

- sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio Si No ( se Si quali .....)

- sussiste diabete Si No ( se Si specificare se insulino-dipendente .....)

sussistono sindrome delle Apnee Ostruttive del Sonno ( OSAS) Si No ( se Si quali .....)

- 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 patologie 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 quale misura (%/Tab.).....)

Data .....

Firma dell'interessato/a

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 presente verbale 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/a

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(3):

.....  
 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(2)

Si No

- **presenta** obiettività clinica e precedenti anamnestici che facciano sospettare malattie progressive degli occhi richiedenti accertamenti strumentali del campo visivo(2)

Si No

- **presenta**, ai test clinici di screening, alterazioni richiedenti approfondimenti diagnostici specialistici:

della sensibilità al contrasto(2 )

Si No

della sensibilità all'abbagliamento(2 )

Si No

dei tempi di recupero dopo abbagliamento(2)

Si No

della visione crepuscolare(2 )

Si No

- **possiede** acuità visiva **naturale/corretta**(1) in visione(2):

binoculare di ...../decimi all'occhio destro e di ...../decimi all'occhio sinistro

monoculare **anatomica/funzionale**(1), posseduta da un periodo **sufficiente/non sufficiente**(1) per consentire l'adattamento, di...../decimi all'occhio **destro/sinistro**(1)

- **percepisce** la voce di conversazione a m ..... a destra e a m ..... a sinistra **senza/con**(1) protesi acustica **monaurale/biaurale**(1)

- **possiede**, in relazione alla specifica categoria di patente, tempi di reazione a stimoli semplici e complessi, luminosi ed acustici, sufficientemente rapidi e regolari(2 )

Si No

Si giudica lo/la stesso/a:

IDONEO/NON IDONEO(1) (4) per conferma(1) della patente di guida di categoria ..... con le seguenti indicazioni(2):

NESSUNA PRESCRIZIONE

OBBLIGO LENTI cod.....

OBBLIGO PROTESI ACUSTICA cod.....

VALIDITÀ DELLA PATENTE LIMITATA (su parere diabetologico) a : .....

Annotazioni .....

data .....

Firma del medico certificatore

(1) Cancellare la parte che non interessa

(2) Contrassegnare con X la voce (o le voci) di interesse

(3) Diabetologica, neurologica, oculistica, ecc.

(4) In caso di giudizio di NON IDONEITÀ, il medico certificatore monocratico dovrà provvedere, ai sensi dell'art. 126, comma 6, del "Codice della Strada", a comunicare tale esito al competente ufficio del Dipartimento per i trasporti terrestri.