

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO ANAMNESTICO (da consegnare, già compilata, al momento della visita)

Conferma / revisione della patente di guida categoria

VISITA MEDICA iniziata in data

Il sottoscritto

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

documento di riconoscimento nr.

rilasciato da il

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: CHE

- sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio 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 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 dell'apparato uro-genitale (insufficienza renale grave) Si No
(se Si quali))
- sussistono patologie visive Si No
(se Si quali))
- sussistono patologie uditive Si No
(se Si quali))
- sussiste sindrome delle apnee notturne nel sonno Si No
- 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