

RELAZIONE DI VISITA MEDICA

(DA CONSERVARE AGLI ATTI)

Il sottoscritto _____

Nato a _____ (_____) il _____

Residente a _____ (_____) _____

in Via _____ C.F. _____

Documento di riconoscimento Patente di Guida/Carta d'Identità nr. _____

Rilasciato da MCTC/PREFETTURA/COMUNE _____ il _____

Per il rinnovo o conversione della patente di guida di categoria _____

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

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 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.) _____)

SUSSISTONO MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO **Si** **No**
(se Si quali _____)

E' STATO VISITATO IN PASSATO PRESSO UNA COMMISSIONE MEDICA LOCALE PER PATENTI **Si** **No**
(se Si per quale motivo _____)

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

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 E' OBBLIGATORIO AL FINE DI ACCERTARE L'ASSENZA DI CONDIZIONI OSTATIVE AL RILASCIO DELL'IDONEITA' PER IL CONSEGUIMENTO O PER LA CONFERMA DI VALIDITA' 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 MODALITA' E PER LE FINALITA' ILLUSTRATEMI AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO 2016/679/UE.

Firma dell'interessato/a

Data _____

- 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 o deificenze organiche o minorazioni anatomiche o funzionali, che possano comunque pregiudicare la sicurezza della guida di veicoli ai quali la patente abilita ⁽²⁾ Sì No
- **presenta** obiettività clinica e precedenti anamnestici che facciano sospettare malattie progressive degli occhi richiedenti accertamenti strumentali del campo visivo ⁽²⁾ Sì No
- **presenta**, ai test clinici di screening, alterazioni richiedenti approfondimenti diagnostici specialistici:
 - della sensibilità al contrasto ⁽²⁾ Sì No
 - della sensibilità all'abbagliamento ⁽²⁾ Sì No
 - dei tempi di recupero dopo abbagliamento ⁽²⁾ Sì No
 - della visione crepuscolare ⁽²⁾ Sì 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**
- **percepisce** la voce di conversazione a m _____ a destra e m _____ a sinistra **senza / con** ⁽¹⁾ protesi acustica **monoaurale / 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⁾ Sì 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 _____
- VALIDITÀ 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

⁽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.