

Visita medica per il conseguimento o la conferma della patente di guida della cat. _____ iniziata oggi e relativa alla persona di:

_____ nata/o a _____ il _____
(Cognome e Nome)

Riconosciuto con _____ n° _____ 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 art. 128, 129 e 130 del Codice della Strada così come modificati dagli articoli 9,10, e 11 del D.P.R. 19/04/94 n° 575 a revisione la patente di guida con conseguente revoca o sospensione della stessa

DICHIARA in relazione agli stati patologici di seguito elencati che: **(barrare la voce che risponde a VERO)**

- Ha mai avuto ricoveri o interventi chirurgici? (se **SI** perché _____) **SI** - **NO**
- Sussistono patologie dell'apparato cardiocircolatorio? (se **SI** quali _____) **SI** - **NO**
- E' portatore di Pace Maker e/o di defibrillatore intracardiaco o ICD? **SI** - **NO**
- Soffre di russamento rumoroso e abituale (*tutte le notti*), persistente (*da almeno sei mesi*), intermittente per la presenza di pause respiratorie (*apnee*) e sonnolenza diurna? **SI** - **NO**
- Sussiste diabete? (Solo se risponde **SI** specificare se il suo diabete è insulinodipendente **SI** - **NO**) **SI** - **NO**
(Se **SI** è necessario presentare all'atto della visita medica il referto di una **visita specialistica diabetologica** effettuata entro gli ultimi 3 mesi.)
- Sussistono altre patologie endocrine? (se **SI** quali _____) **SI** - **NO**
- Sussistono turbe e/o patologie psichiche? (se **SI** quali _____) **SI** - **NO**
- Fa uso di sostanze psicoattive? (ad esempio droghe, sostanze stupefacenti, tranquillanti, sonniferi, antidepressivi, barbiturici, altri) **SI** - **NO**
- Sussistono patologie del sistema nervoso? (se **SI** quali _____) **SI** - **NO**
(ad esempio morbo di Parkinson; sclerosi multipla; miastenia grave; ischemia o emorragia cerebrale; ictus; TIA; pregresso stato di coma.)
- Soffre di epilessia o ha manifestato crisi epilettiche? (se **SI**, specificare quando si è manifestata l'ultima _____) **SI** - **NO**
- Sussistono malattie del sangue? (se **SI** quali _____) **SI** - **NO**
- Sussistono malattie dell'apparato uro-genitale? (se **SI** quali _____) **SI** - **NO**
- Soffre di insufficienza renale grave, o effettua dialisi o è stato eseguito un trapianto renale? **SI** - **NO**
- **Ha mai dovuto** eseguire la visita medica di idoneità alla guida presso una Commissione Medica Locale? **SI** - **NO**
(se **SI**, specificare per quale motivo _____)
- Sussistono patologie visive (ad es. glaucoma, maculopatie; retinopatie; diplopia o visione doppia; ipovitaminosi A; altre) **SI** - **NO**
(se **SI** quali _____)
- **In questo momento** sta usando lenti a contatto? **SI** - **NO**
- Sussistono patologie uditive? (se **SI** quali _____) **SI** - **NO**
- **In questo momento** sta usando protesi acustiche? **SI** - **NO**
- E' invalido civile o del lavoro o di guerra o per servizio? **SI** - **NO**
(se **SI**, specificare per quali malattie _____ e in quale misura (%/Tab) _____)

Se ha risposto **SI** ad una delle domande, potrà essere necessario visionare le relative **ultime visite specialistiche effettuate** (cardiologiche, oculistiche, neurologiche, oncologiche, psichiatriche, altre). Le porti con se al momento della visita.

Se le è stata riconosciuta una invalidità, porti con se il **certificato di invalidità** dove è riportata la relativa patologia.

Dichiaro di aver fornito tutte le informazioni in mia conoscenza utili a definire il mio stato di salute.

Dichiaro inoltre di aver **compilato personalmente** la presente dichiarazione, di aver compreso tutti i quesiti postimi e di aver **risposto secondo verità**, previa ammonizione sulle conseguenze penali delle **false dichiarazioni rese a Pubblico Ufficiale**.

DATA _____ **FIRMA**  _____

(da apporre in presenza del medico esaminatore)

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Dichiaro di aver ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del D. L.vo 196/2003 con specifico riguardo ai diritti a me riconosciuti dalla legge ex art. 7 del D. L.vo 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 seguente verbale saranno custoditi agli atti del medico responsabile del procedimento e titolare del trattamento,

ACCONSENSO AL TRATTAMENTO DEI MIEI DATI CON LE MODALITÀ E PER LE FINALITÀ ILLUSTRATEMI.

DATA _____ **FIRMA**  _____

Vista la sottoelencata documentazione, prodotta e acquisita agli atti:

- 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.

Verificato che l'interessato/o:

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⁾⁽³⁾ SI NO

Presenta, ai test clinici di screening, alterazioni richiedenti approfondimenti diagnostici specialistici:

- della sensibilità al contrasto⁽²⁾⁽³⁾ 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 in visione⁽²⁾ Naturale Corretta Binoculare Monoculare

OCCHIO DESTRO	0/10	LUCE	1/10	2/10	3/10	4/10	5/10	6/10	7/10	8/10	9/10	10/10
---------------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------

OCCHIO SINISTRO	0/10	LUCE	1/10	2/10	3/10	4/10	5/10	6/10	7/10	8/10	9/10	10/10
-----------------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------

(per il solo gruppo 2, se il visus è ottenuto con lenti a tempiale, si è verificato che queste hanno potenza ≤ a 8 diottrie sferiche e che la correzione risulta ben tollerata).

La condizione di vista monoculare è, $\frac{\text{organica}}{\text{funzionale}}$ ⁽¹⁾ ed è posseduta da un periodo > a sei mesi tale da aver consentito l'adattamento.

Percepisce la voce di conversazione a mt 2 4 8 a dx e a mt 2 4 8 a sn $\frac{\text{senza}}{\text{con}}$ ⁽¹⁾ protesi acustica di $\frac{\text{monoaurale}}{\text{binaurale}}$ ⁽¹⁾

Possiede 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 la conferma della validità della patente di guida di categoria GRUPPO 1 GRUPPO 2 con le seguenti indicazioni⁽²⁾:

NESSUNA PRESCRIZIONE OBBLIGO LENTI Cod _____ OBBLIGO PROTESI ACUSTICA Cod _____

VALIDITÀ DELLA PATENTE LIMITATA (SU PARERE DEL DIABETOLOGO) A MESI _____ ANNI _____

Cod. _____

Cod. _____

Annotazioni: _____

DATA _____

Firma del medico certificatore _____