RELAZIONE DI VISITA MEDICA

Modello Giugno 2023 conforme all'Allegato 1 del D.M. del 21 gennaio 2014

Da conservare agli atti

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 patoilogici 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

D I C H I A R A 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**
- Ha subito un trapianto di organo? (se **SI** quale _____) **SI - NO**
- Sussistono malattie dell'apparato uro-genitale? (se **SI** quali _____) **SI - NO**
- Soffre di insufficienza renale grave, o effettua dialisi? **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 patolgia.
Dichiaro di aver fornito tutte le informazioni in mia conocenza 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 _____ ***F I R M A*** _____

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 ripotìrtati nel seguente 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 _____ ***F I R M A*** _____

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) : DIABETOLOGICA OCULISTICA CARDIOLOGICA ALTRO _____
- ☐ certificazione del costruttore attestante le caratteristiche tecniche e l'efficienza delle protesi acustiche utilizzate dall'interessato.
- ☐ Certificazione di DSA rilasciata da strutture o soggetti del SSN o accreditati/autorizzati/riconosciuti dalle Regioni.

Verificato che l'interessata/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) 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 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 organica / 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 senza / con (1) protesi acustica di monoaurale / 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 OCCHIALI 0101 OCCHIALI O LENTI A CONTATTO 0106 Cod. _____

OBBLIGO DI APPARECCHI ACUSTICI/AIUTO ALLA COMUNICAZIONE

VALIDITÀ DELLA PATENTE LIMITATA (su parere del medico specialista diabetologo) A MESI _____

TEMPO ESTESO PER LE PROVE DI TEORIA

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.