

**RELAZIONE DI VISITA MEDICA**  
(da conservare agli atti)

**N-PROTOCOLLO:** \_\_\_\_\_

**CODICE AGENZIA: 1901**

**Conferma della patente di guida categoria B:**

**VISITA MEDICA** iniziata in data \_\_/\_\_/\_\_\_\_ :

relativa alla persona di:

nato/a ( ), il **CF**

RESIDENTENTE IN via/s.da/p.zza

( ) identificato/a con documento

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(2):**

- SUSSISTONO PATOLOGIE CARDIO-CIRCOLATORIE?

Ovvero ha subito interventi al cuore, infarti, ha il pacemaker o altri ausili cardiaci

Si  No

-SUSSISTE DIABETE?

E' in cura presso un centro diabetologico

Si  No

-SUSSISTONO PATOLOGIE ENDOCRINE?

Ad esempio ha problemi alla tiroide o ad alle ghiandole

Si  No

- SUSSISTONO TURBE E/O PATOLOGIE PSICHICHE?

E' in cura per attacchi d'ansia o per depressione

Si  No

- FA USO DI SOSTANZE PSICOATTIVE

Quali ad esempio ansiolitici, antidepressivi, psicofarmaci?

Si  No

- SUSSISTONO PATOLOGIE DEL SISTEMA NERVOSO?

Presenta problemi neurologici

Si  No

-SOFFRE DI EPILESSIA?

Ha mai avuto crisi epilettiche?

Si  No

- SUSSISTONO MALATTIE DEL SANGUE?

Si

No

- SUSSISTONO PATOLOGIE DELL'APPARATO URO-GENITALE?  
(no prostata)

Si

No

- SUSSISTONO ALTRE PATOLOGIE VISIVE

Quali ad esempio maculopatie, glaucoma, trombi oculari (NON gli occhiali)

Si

No

- SUSSISTONO PATOLOGIA Uditive?

Oppure porta l'apparecchio acustico?

Si

No

- E' INVALIDO CIVILE, DEL LAVORO, DI GUERRA O PER SERVIZIO?

Si

No

Questionario di sonnolenza diurna- Allegato 2 del D.M. Ministero della Salute  
03.022016

CAPITA DI APPISOLARSI FREQUENTEMENTE NELLE SEGUENTI  
SITUAZIONI?

1. davanti alla televisione?

Si

No

4. al cinema o ad una conferenza?

Si

No

2. in treno, autobus o in macchina se  
non guida?

Si

No

5. conversando con qualcun altro  
durante i pasti?

Si

No

3. leggendo il giornale?

Si

No

6. alla guida nelle brevi soste del  
traffico?

Si

No

#### DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Io sottoscritto GNANI CARLA dichiaro di aver ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del Regolamento 2016/679/UE (GDPR) con specifico riguardo ai diritti a me riconosciuti dagli artt. dal 15 al 22 e dall'art. 34 del Regolamento 2016/679/UE. 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 del titolare del trattamento, acconsento al trattamento dei miei dati con le modalità e per le finalità illustratemi.

Data \_\_/\_\_/\_\_

Firma dell'interessato/a \_\_\_\_\_

Data \_\_/\_\_/\_\_

Firma dell'interessato/a

\_\_\_\_\_