

**DR. FRANCO FIORENTINI**  
**CODICE MCTC: MRJBX1**

LUOGO VISITA: \_\_\_\_\_

DATA VISITA: \_\_\_\_\_

INDIRIZZO PER RECAPITO PATENTE (anche diverso dalla residenza):

VIA \_\_\_\_\_

CITTA \_\_\_\_\_

PROV

CAP

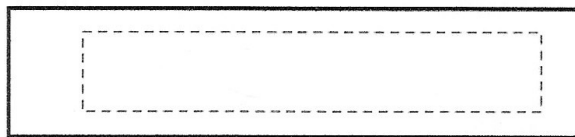
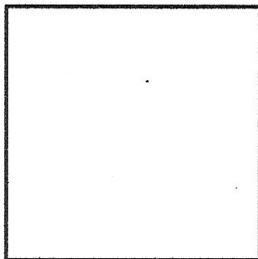
TEL. \_\_\_\_\_

AUTORIZZAZIONE

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

autorizzo l'ufficio competente della motorizzazione civile ad effettuare tutte le modifiche necessarie per rendere possibile il rinnovo della mia patente

N. \_\_\_\_\_



FIRMA autografa solo all'interno dell'area tratteggiata

FOTO TESSERA recente e nitida, su sfondo chiaro con viso rivolto di fronte e senza occhiali

**RELAZIONE DI VISITA MEDICA**  
(DA CONSERVARE AGLI ATTI)

Conferma della patente di guida categoria \_\_\_\_\_ **MARCA OPERATIVA:** \_\_\_\_\_

**VISITA MEDICA** iniziata in data \_\_\_\_\_ relativa alla persona di:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nat\_ a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_

Residente \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Il quale informato in relazione agli esiti patologici di seguito elencati, che in caso di dichiarazione mendace si provvederà, salvo che non si configurino altre 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**

(vista la sottoelencata documentazione, prodotta ed acquisita agli atti)

Sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio **Si**  **No**   
(Se sì, quali \_\_\_\_\_)

Sussiste diabete **Si**  **No**   
(Se sì, quali \_\_\_\_\_)

Sussistono altre patologie endocrine **Si**  **No**   
(Se sì, quali \_\_\_\_\_)

Sussistono turbe e/o patologie psichiche **Si**  **No**   
(Se sì, quali \_\_\_\_\_)

Fa uso di sostanze psicoattive **Si**  **No**   
(Se sì, quali \_\_\_\_\_)

Sussistono patologie del sistema nervoso **Si**  **No**   
(Se sì, quali \_\_\_\_\_)

Soffre di epilessia o ha manifestato crisi epilettiche **Si**  **No**   
(Se sì, quali \_\_\_\_\_)

Sussistono malattie del sangue **Si**  **No**   
(Se sì, quali \_\_\_\_\_)

Sussistono malattie dell'apparato uro-genitale **Si**  **No**   
(Se sì, quali \_\_\_\_\_)

Sussistono patologie visive **Si**  **No**   
(Se sì, quali \_\_\_\_\_)

Sussistono patologie uditive **Si**  **No**   
(Se sì, quali \_\_\_\_\_)

E' invalido civile o del lavoro o di guerra o per servizio **Si**  **No**   
(Se sì, Specificare per quali malattie ed in quale misura % Tab. \_\_\_\_\_)

**QUESTIONARIO SONNOLENZA DIURNA – ALLEGATO 2 AL DM MINISTERO DELLA SALUTE DEL 03/02/2016**

Mi capita spesso di appisolarmi frequentemente nelle seguenti situazioni:

- Davanti alla televisione **Si**  **No**
- In treno o in autobus o in macchina se non guida **Si**  **No**
- Leggendo il giornale **Si**  **No**
- Al cinema o ad una conferenza **Si**  **No**
- Conversando con qualcuno o durante i pasti **Si**  **No**
- Alla guida, nelle brevi soste del traffico **Si**  **No**

Data \_\_\_\_\_ Firma dell'interessato \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO DATI SENSIBILI**

Il 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 dall'art.7 nella medesima legge. 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 dal medico responsabile del procedimento e titolare del trattamento, acconsento al trattamento dei miei dati con le modalità e per i fini illustratimi.

Data \_\_\_\_\_ Firma dell'interessato \_\_\_\_\_