

DR. FRANCO FIORENTINI
CODICE MCTC: MRJBX1

LUOGO VISITA: _____

DATA VISITA: _____

INDIRIZZO PER RECAPITO PATENTE (anche diverso dalla residenza):

VIA _____

CITTA _____

PROV

CAP

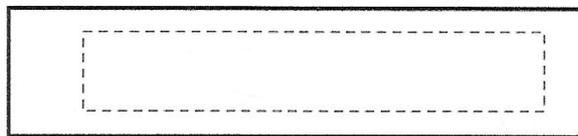
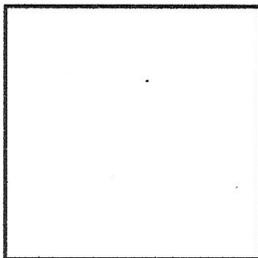
TEL. _____

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 _____