

SPAZIO RISERVATO ALLA COMMISSIONE

COGNOME NOME

N° pratica

Prenotato per il giorno:
Da

ACCERTAMENTI VISIVI IDONEITÀ ALLA GUIDA ai sensi del D.L. n.59 del 2011

VISUS NATURALE: OD _____ OS _____

VISUS CORRETTO: OD _____ OS _____

CAMPO VISIVO	<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> insufficiente
VISIONE BINOCULARE	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> assente
VISIONE CREPUSCOLARE	<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> insufficiente
SENS. ABBAGLIAMENTO	<input type="checkbox"/> adeguato	<input type="checkbox"/> non adeguato
TEMPO DI RECUPERO	<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> insufficiente
SENS. CONTRASTO	<input type="checkbox"/> adeguato	<input type="checkbox"/> non adeguato

PRESCRIZIONI: obbligo di lenti limitazione ore diurne

Timbro e Firma

Teramo, li

AU DX AU SX

PATOLOGIE:

H Kg

ATTESTATO ANNUALE AI SENSI DELLA LEGGE 29/07/2010 N. 120 E IL DECRETO DEL 08/09/2010

GIUDIZIO CONCLUSIVO CML:

Il sottoscritto _____ nato a _____

Il ____/____/____ residente a _____ cap _____

In via _____ n° _____ tel. _____

Chiede di essere sottoposto a visita dalla Commissione Medica Locale per il:

rilascio duplicato conferma di validità revisione attestato annuale

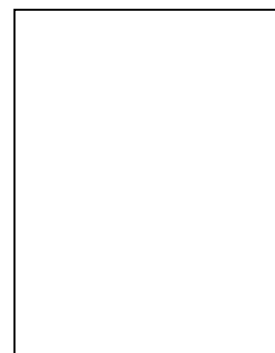
della Patente di guida delle categorie:

AM A B C D E K AS BS NAUTICA

per:

1. patologie degli arti superiori
2. patologia degli arti inferiori
3. patologia delle ghiandole endocrine (es. diabete mellito)
4. patologia dell'apparato visivo
5. patologia dell'apparato cardio-vascolare
6. patologia del sistema nervoso
7. patologie psichiatriche
8. uso sostanze tossiche (revisioni ex art 187 c.d.s.)
9. patologia alcool correlate (revisione ex art. 186 c.d.s.)
10. malattie del sangue
11. patologie dell'apparato uro-genitale
12. patologie dell'apparato uditivo
13. limiti d'età per il mantenimento patenti C - D - E
14. _____

FOTO RECENTE



FIRMA



Si allega (in caso di revisione) copia della comunicazione della Motorizzazione Civile e Trasporti in Concessione o della Prefettura in cui si richiede il provvedimento.

Il sottoscritto altresì dichiara di essere in possesso di patente categoria _____

Rilasciata da _____ con scadenza il ____/____/____

Numero patente _____ Codice Fiscale _____

Teramo, il ____/____/____

In fede

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLA SUSSISTENZA DI PRECEDENTI MORBOSI



Il/la Sig.re/ra

_____ (Cognome) _____ (Nome)
 Nato/a a _____ (Comune) (Prov.) (giorno) (mese) (anno) _____ (Tel.)

Soffre o ha sofferto di patologie dell'apparato cardiocircolatorio (esempio: ipertensione/infarto miocardio/angina presenza di pace maker/aritmia/defibrillatore/aneurisma/endocardite, pregresso intervento cardiaco di by-pass/protesi valvolari/trapianto cardiaco)? Se si, quali?	SI	NO
Soffre o ha sofferto di diabete ? Se si, in terapia con: <input type="checkbox"/> regime dietetico <input type="checkbox"/> ipoglicemizzanti orali <input type="checkbox"/> insulina	SI	NO
Soffre o ha sofferto di patologie endocrine (esempio della tiroide/ipofisi/surrene)? Se si, quali?	SI	NO
Soffre o ha sofferto di malattie del sistema nervoso centrale o periferico ? a: encefalite / sclerosi multipla / miastenia grave / malattie del sistema nervoso associate ad atrofia muscolare progressiva e/o disturbi miotonici. b: postumi invalidanti di traumatismi del sistema nervoso centrale o periferico. Se si, quali?	SI	NO
Soffre o ha sofferto di epilessia ? Se si, specificare quando si è manifestata l'ultima crisi: gg/mm/anno in terapia con	SI	NO
Soffre o ha sofferto di malattie psichiche ? Se si, quali?	SI	NO
Fa uso attuale o in passato, di sostanze psicoattive ? Se si, quali? <input type="checkbox"/> Droghe <input type="checkbox"/> Psicofarmaci <input type="checkbox"/> Alcool (anche solo occasionale alla guida) E' seguito dal SE.R.T. o da Unità Operativa di Alcoologia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Se si, indicare sede e da quale data è stato / è curain	SI	NO
Soffre o ha sofferto di malattie del sangue (esempio: leucemia/anemia/trombocitopenia/piastrinopenia)? Se si, quali?	SI	NO
Soffre o ha sofferto di malattie dell'apparato urogenitale (glomerulo nefrite/insufficienza renale grave)? Se si, quali?	SI	NO
È in trattamento dialitico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Ha effettuato trapianto renale? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
E' invalido Civile? Per cause di Servizio? Per cause di Lavoro/Inps? Se si, indicare la percentuale di invalidità	SI	NO
E' stato mai visitato da una Commissione Medica Locale Patenti? Se si, di quale Provincia?	SI	NO
Soffre o ha sofferto di altre patologie ? Ha subito incidenti stradali? Infortuni sul lavoro? Traumi accidentali (esempio traumi cranici)? Se si, quali?	SI	NO
Ha subito ricoveri ospedalieri ? Se si, indicare epoca e malattie riscontrate (eventuali interventi chirurgici).	SI	NO
Utilizza lenti a contatto ?	SI	NO
Utilizza protesi acustiche ? <input type="checkbox"/> Orecchio Dx <input type="checkbox"/> Orecchio Sn	SI	NO
Sussistono patologie oculari , come Glaucoma / Retinopatia / Degenerazione Maculare? Se si, quali?	SI	NO
Ha subito interventi Chirurgico Oculari ? Se si, quali?	SI	NO
Accusa russamento ? Se si, specificare <input type="checkbox"/> Abituale (tutte le notti) <input type="checkbox"/> Persistente (da almeno sei mesi) <input type="checkbox"/> Con Apnee (pause respiratorie)	SI	NO

Data.....

Firma del/la dichiarante
 Firma del genitore (se minore)

(Avvertenze: barrare con una "x" la casella corrispondente)

Nel caso di dichiarazioni mendaci si provvederà a sottoporre a revisione la patente di guida con conseguente revoca della stessa, ai sensi degli art.128/129/130 Codice della Strada, salvo che non si configuri ipotesi di reato.

**DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE CIRCA
IL TRATTAMENTO DI DATI SENSIBILI**

(D.L.gs 30.06.2003 n° 196 - Codice in materia di protezione dei dati personali)

Aut. n° 2 - del 30.06.2004 al trattamento dei dati idonei a rilevare lo stato di salute e la vita sessuale

Il/ La sottoscritto/a

dichiara di aver preso visione dell' informativa esposta e, a richiesta, disponibile in copia ,prevista dal D.L.gs 30.06.2003 n° 196, all'art. 13,art. 77, art.79, art. 80 Cap II (Modalità semplificate per informativa e consenso), dell'art. 24 e art. 82 (casi di esclusione del consenso), degli art. 7 e art. 83 (diritti dell' interessato), e art. 20 (dati sensibili) nonchè della Autorizzazione n. 2/30.06.2004 (trattamento dei dati idonei a rilevare lo stato di salute e la vita sessuale).

- di essere stato quindi informato/a della vigente disciplina in materia di tutela della riservatezza dei dati personali e in particolare di quelli sensibili a carattere sanitario;
- di aver preso visione della necessità del conferimento dei dati richiesti e dell'acquisizione di quelli emergenti nel corso dell' istruttoria e dell' espletamento della pratica;
- di disporre dei riferimenti identificativi del Titolare del trattamento dei dati, cui eventualmente far capo per richiedere la cancellazione o la modifica in forma anonima dei dati che lo/a riguardano;
- di esprimere il consenso all' eventuale elaborazione ai fini statistici e in forma anonima dei dati;
- di esprimere il consenso al trattamento dei dati che lo/la riguardano in quanto necessario per i fini di cui sopra.

Teramo, li/...../.....

Firma del/la dichiarante

Firma del genitore

(in caso di minorenni)

Per il rinnovo della patente, di qualsiasi categoria, i dati saranno comunicati all' UFFICIO CENTRALE OPERATIVO MOTORIZZAZIONE CIVILE DI ROMA TRAMITE IL PORTALE DELL'AUTOMOBILISTA per consentire l'invio della patente di guida al domicilio dell'interessato.