

## 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

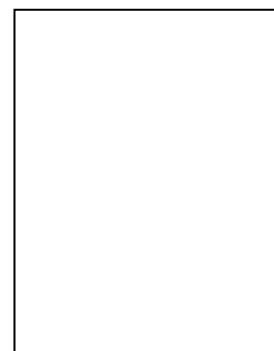
della Patente di guida delle categorie:

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

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI**

**Art. 9, paragrafo 2 lett. a) Regolamento UE 679/2016**

DA RESTITUIRE COMPILATO ALL'AZIENDA SANITARIA

**Da parte di persona fisica**

Il/la sottoscritto/a.....  
nato/a a..... (.....).  
il...../...../.....  
residente .....  
Codice fiscale.....  
In qualità di esercente: la potestà genitoriale / la tutela / la curatela/ l'amministrazione di sostegno sul  
seguito soggetto beneficiario della prestazione sanitaria richiesta:  
.....

dichiara di aver acquisito copia dell'informativa, di aver letto e compreso le informazioni sul trattamento dei dati personali fornite a norma dell'art.13 del Regolamento UE 679/2016 e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà le categorie particolari di dati di cui all'art 9 del citato Regolamento, vale a dire " *i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofica, politico o sindacale, nonché i dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale*",

**PRESTA**

libero, consapevole, informato e specifico consenso al trattamento, anche con strumenti informatici e/o telematici, dei dati personali e di quelli riferiti alle categorie particolari sopra indicate per fini di diagnosi, assistenza e terapia sanitaria, limitatamente ai servizi sanitari richiesti e necessari alla tutela della propria salute, dei propri bisogni, nell'ambito e per tutte le finalità di cui all'informativa consegnata dall'Azienda USL di Teramo ed acquisita in copia dal sottoscritto: il consenso manifestato ha validità per i trattamenti sanitari, per i dovuti adempimenti amministrativi e per tutte le altre attività connesse, compresa la comunicazione dei dati nelle forme e nei modi indicati nella informativa.

Presta altresì consenso alla consultazione della propria documentazione sanitaria, anche pregressa, da parte di tutti i soggetti che effettuano prestazioni diagnostiche, visite, interventi e terapie nonché dal personale amministrativo dell'Azienda limitatamente alle informazioni necessarie per assolvere alle funzioni amministrative cui è preposto e strettamente correlate all'erogazione della prestazione sanitaria.

.....li...../...../.....  
(luogo) (data)

.....  
(firma leggibile)