Azienda Sanitaria Locale – Teramo
U.O.C. MEDICINA LEGALE, NECROSCOPICA E RISK MANAGEMENT
Dirigente Responsabile: Dr. Ercole D'Annunzio
Via Cesare Battisti, 7 – 64100 TERAMO
Pec: medleg@pec.aslteramo.it – CF. 00115590671

SPAZIO RISERVATO ALLA COMMISSIONE

COGNOME _____ NOME _____

_____	N. pratica _____	Prenotato per il giorno: _____ Da _____

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

VISUS NATURALE: OD _____ OS _____

VISUS CORRETTO: OD _____ OS _____

CAMPO VISIVO	□ sufficiente	□ insufficiente
VISIONE BINOCULARE	□ sufficiente	□ insufficiente
VISIONE CREPUSCOLARE	□ sufficiente	□ insufficiente
SENS. ABBAGLIAMENTO	□ sufficiente	□ insufficiente
TEMPO DI RECUPERO	□ sufficiente	□ insufficiente
SENS. CONTRASTO	□ sufficiente	□ insufficiente

PRESCRIZIONI: □ obbligo di lenti □ limitazione ore diurne

Timbro e Firma

Teramo, lì _____ .....

AU DX……. AU SX…….. PATOLOGIE: …….

H …….. Kg ……..

□ ATTESTATO ANNUALE AI SENSI DELLA LEGGE 29/07/2010 N. 120 E DECRETO DEL 8.09.2010

GIUDIZIO CONCLUSIVO CML:

Regione Abruzzo
Azienda Sanitaria Locale – Teramo
U.O.C. MEDICINA LEGALE, NECROSCOPICA E RISK MANAGEMENT
Commissione Medico Locale per le Patenti di Guida
Presidente Dr. Ercole D'Annunzio
Via Cesare Battisti, 7 – 64100 TERAMO

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a_____

il ____ /____ /_____ residente a _____ cap _____

in via _____ n° _____ tel. _____

Codice Fiscale _____

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

□ **rilascio** □ **duplicato** □ **conferma di validità** □ **revisione** □ **riclassifica** □ **attestato annuale**

della Patente di guida delle Cat:

□ *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

APPORRE LA FIRMA ALL'INTERNO DEL RETTANGOLO

□ 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 _____

Teramo, lì _____/_____/_____

In fede

_____

DICHIIARAZIONE RELATIVA ALLA SUSSISTENZA DI PRECEDENTI MORBOSI

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a_____

il ____ /____ /_____ residente a _____ cap _____

in via _____ n° _____ 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**: ☐ regime dietetico ☐ ipoglicemizzanti orali ☐ 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 **sostante psicoattive**? **Se si, quali?** ☐ **droghe** ☐ **psicofarmaci** ☐ **alcool** (anche solo occasionale alla guida) **E' seguito dal SER.D. o da Unità Operativa di Alcoologia** ☐ SI ☐ NO **Se si,** indicare sede e da quale data è stato / è in cura…….	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?** ……. **È in trattamento dialitico?** ☐**SI** ☐ **NO** **Ha effettuato trapianto renale?** ☐ SI ☐ NO	SI	NO
È invalido civile? per cause di servizio? Per cause di lavoro/Inps? **Se si, indicare la percentuale di invalidità**……	SI	NO
È 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**? ☐ **Orecchio dx** ☐ **Orecchio sx**	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:** ☐ **Abituale (tutte le notti)** ☐**Persistente (da almeno sei mesi)** ☐**Con Apnee (pause respiratorie)**	SI	NO

Data……

Firma del/la dichiarante …….

Firma del genitore ……..
(in caso di minorenne)

(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 (art. 7)

Premesso che il presente modello integra l'informativa, di cui si dichiara di avere preso visione, il sottoscritto_____nato_____il___ __/_____/____, residente a_____ in via _____ C.F. _____, in qualità di diretto interessato o esercente la responsabilità genitoriale / la tutela / la curatela/ l'amministrazione di sostegno sul soggetto beneficiario servizio richiesto,

_____

(Nome e Cognome)

acquisite le informazioni di cui all'informativa fornita ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679, consapevole che il trattamento riguarderà dati personali e particolari categorie di dati personali (rispettivamente artt. 4.1 e 9 del Reg. UE 2016/679) che riguardano "l'origine razziale o etnica, le convinzioni religiose o filosofiche, dati genetici, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona",

AUTORIZZA

- Il trattamento di tali dati personali per fini di ricontatto paziente per eventuali comunicazioni a mezzo SMS – telefono al numero: _____
  ☐ SI ☐ NO ☐ REVOCA (se precedentemente prestato)
- Il trattamento di tali dati personali per fini di ricontatto, comunicazioni al paziente a mezzo email non cifrata all'indirizzo: _____@_____
  ☐ SI ☐ NO ☐ REVOCA (se precedentemente prestato)
- Che sia data comunicazione in ordine al proprio stato di salute alle sotto indicate persone:

  ☐ a nessuno

  ☐ al proprio medico curante _____

  ☐ a _____
  ☐ SI ☐ NO ☐ REVOCA (se precedentemente prestato)

Firma dell'Interessato *(anche per presa visione dell'informativa estesa)* _____

Data_____ Documento di riconoscimento tipo _____

n. _____ rilasciato da _____ Data _____/_____/_____

OVVERO

Firma del Genitore *(anche per presa visione dell'informativa estesa)* _____

Data _____ Documento di riconoscimento tipo _____

n. _____

(se esercente la responsabilità genitoriale o il tutore)

Il genitore presente dichiara che l'altro genitore esercitante la responsabilità genitoriale è informato e acconsente al trattamento dei dati personali del minore.