

**RELAZIONE DI VISITA MEDICA  
(da conservare agli atti)****Conferma della patente di guida categoria: B**

**VISITA MEDICA** iniziata in data  
relativo alla persona di:

nato/a ( ) il

documento di riconoscimento **Patente** nr. rilasciato da il

il quale informato, in relazione agli stati patologici di seguito elencati, che in caso di dichiarazione mendace si provvederà, salvo che non si configuri altra 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(2):**

- |  |           |           |
|--|-----------|-----------|
| - sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio<br>(se Si quali .....)  | <b>Si</b> | <b>No</b> |
| - sussiste diabete<br>( se Si specificare se insulino-dipendente .....)  | <b>Si</b> | <b>No</b> |
| - sussistono altre patologie endocrine<br>( se Si quali .....)   | <b>Si</b> | <b>No</b> |
| - sussistono turbe e/o patologie psichiche<br>( se Si quali .....)   | <b>Si</b> | <b>No</b> |
| - fa uso di sostanze psicoattive<br>( se Si quali .....)   | <b>Si</b> | <b>No</b> |
| - sussistono patologie del sistema nervoso<br>( se Si quali .....)   | <b>Si</b> | <b>No</b> |
| - soffre di epilessia o ha manifestato crisi epilettiche<br>( se Si specificare quando si è manifestata l'ultima .....)                  | <b>Si</b> | <b>No</b> |
| - sussistono malattie del sangue<br>( se Si quali .....)   | <b>Si</b> | <b>No</b> |
| - sussistono malattie dell'apparato uro-genitale<br>( se Si quali .....)   | <b>Si</b> | <b>No</b> |
| - sussistono patologie visive<br>( se Si quali .....)  | <b>Si</b> | <b>No</b> |
| - sussistono patologie uditive<br>( se Si quali .....)   | <b>Si</b> | <b>No</b> |
| - è invalido civile o del lavoro o di guerra o per servizio<br>( se Si specificare per quali malattie ed in quale misura (%/Tab.) .....) | <b>Si</b> | <b>No</b> |
| -soffre di sindrome delle apnee notturne (OSAS).....   | <b>Si</b> | <b>No</b> |

Data .....

**Firma dell'interessato**

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI**

Io 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 dalla legge ex art. 7 del D.Lgs 196/2003. 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 del medico responsabile del procedimento e titolare del trattamento, acconsento al trattamento dei miei dati con le modalità e per le finalità illustratemi.

Data .....

Firma dell'interessato/a