

DELEGA

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a _____ prov (____) il ____/____/____

delega il SIG./SIG.RA _____

a rappresentarlo e assisterlo per lo svolgimento della pratica sopra descritta.

Allego alla presente copia dei documenti di identità del delegante e del delegato

Firma del delegante _____

ALLA COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI
AUTOCERTIFICAZIONE (nel caso di rinnovo patente)

Il sottoscritto
nat_ (.....) 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:

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

Firma dell'interessato/a

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.....

Si certifica, sulla scorta dei dati anamnestici e clinici in mio possesso,

che il Sig./la Sig.ra _____

C. F. _____

da me in cura da più / da meno (cancellare la voce che non interessa) di un anno,

presenta / non presenta (cancellare la voce che non interessa) pregresse condizioni morbose

che possono costituire un rischio attuale per la guida, in riferimento a:

Apparato cardio-circolatorio: <i>(se sì, specificare diagnosi)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SI	NO
Diabete mellito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SI	NO
Sistema endocrino: <i>(se sì, specificare diagnosi)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SI	NO
Sistema neurologico: <i>(se sì, specificare diagnosi)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SI	NO
Patologie psichiche: <i>(se sì, specificare diagnosi)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SI	NO
Epilessia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SI	NO
Condizioni di dipendenza da : alcol / sostanze stupefacenti e psicotrope: <i>(cancellare la voce che non interessa)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SI	NO
Apparato uro-genitale: Insufficienza renale grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SI	NO
Sangue ed organi emopoietici: Sindromi emofiliche, linfomi o leucemie in trattamento <i>(specificare)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SI	NO
Apparato osteo-articolare: gravi alterazioni anatomiche o funzionali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SI	NO
Organi di senso: gravi patologie visive evolutive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SI	NO

Data

Timbro del Medico

(con indicazione eventuale specializzazione posseduta e numero regionale se medico di assistenza primaria)

Firma del Medico