

**RELAZIONE DI VISITA MEDICA**  
 (Da conservare agli atti)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Contatto Telefonico \_\_\_\_\_

Nell'ambito dell'accertamento medico legale dell'idoneità psicofisica al **conseguimento/conferma** della patente di guida dei veicoli di cui alla categoria \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciata dalla Motorizzazione Civile/Prefettura di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ consapevole che in caso di dichiarazione mendace si provvederà a sottoporre a revisione la patente di guida con conseguente revoca o sospensione della stessa ai sensi degli articoli 128, 129 e 130 del Codice della Strada, così come modificati dagli articoli del DPR 19 aprile 1994 n° 575, salvo che non si configuri ipotesi di reato.

**DICHIARA**

- Sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio SI ☐ NO ☐  
 (se SI quali \_\_\_\_\_)
- Sussiste diabete SI ☐ NO ☐  
 (se SI specificare se insulino-dipendente \_\_\_\_\_)
- Sussistono altre patologie endocrine SI ☐ NO ☐  
 (se SI quali \_\_\_\_\_)
- Sussistono turbe e/o patologie psichiche SI ☐ NO ☐  
 (se SI quali \_\_\_\_\_)
- Fa uso di sostanze psicoattive SI ☐ NO ☐  
 (se SI quali \_\_\_\_\_)
- Sussistono patologie del sistema nervoso (sclerosi multipla, miastenia, ecc.) SI ☐ NO ☐  
 (se SI quali \_\_\_\_\_)
- Soffre di epilessia o ha manifestato crisi epilettiche SI ☐ NO ☐  
 (se SI specificare quando si è manifestata l'ultima \_\_\_\_\_)
- Sussistono malattie del sangue SI ☐ NO ☐  
 (se SI quali \_\_\_\_\_)
- Sussistono malattie dell'apparato uro-genitale SI ☐ NO ☐  
 (se SI quali \_\_\_\_\_)
- Sussistono patologie visive SI ☐ NO ☐  
 (se SI quali \_\_\_\_\_)
- Sussistono patologie uditive SI ☐ NO ☐  
 (se SI quali \_\_\_\_\_)
- È invalido civile o del lavoro o di guerra o per servizio SI ☐ NO ☐  
 (se SI specificare per quali malattie ed in quale misura (%Tab.) \_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

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 illustrate.

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'interessato \_\_\_\_\_