

AUTODICHIARAZIONE ANAMNESTICA

CONFERMA DELLA PATENTE DI GUIDA CATEGORIA _____

(COGNOME) _____ (NOME) _____
 nat_a _____ il _____
 documento di riconoscimento _____ nr. _____
 rilasciato da _____ il _____

il succitato, 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** 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** 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 misure (%/Tab.) _____
- **soffre di O.S.A.S (Sindrome delle apnee notturne) o russamento rumoroso e abituale o sonnolenza diurna** SI NO

Data della visita _____ Firma _____

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 D.Lgs-196/2003. In particolare consapevole che l'accertamento medico legale è obbligatorio al fine di accettare 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 _____