

**DOMANDA DA COMPILARE IN OGNI PARTE CON ALLEGATE:**

<b>RILASCIO</b>	<b>FOTOCOPIA LEGGIBILE</b> di un documento d'identità valido
<b>REVISIONE</b>	<b>FOTOCOPIA LEGGIBILE</b> di un documento d'identità valido <b>FOTOCOPIA LEGGIBILE</b> del provvedimento di revisione da parte di Prefettura, Forze dell'Ordine o Motorizzazione Civile
<b>RINNOVO</b>	<b>FOTOCOPIA LEGGIBILE</b> della patente <b>LE ATTESTAZIONI</b> dei versamenti di € 10,20 (ccp 9001) e € 16,00 (ccp 4028) intestati alla Motorizzazione Civile (bollettini reperibili presso gli Uffici Postali) <b>N. 1 FOTOGRAFIA</b> (formato uso passaporto) su fondo bianco

Il/la Sig. \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 C.F. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
 Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ Altezza \_\_\_\_\_ peso \_\_\_\_\_  
 Residente \_\_\_\_\_ (cap) \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_ (cap) \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

**CHIEDE LA VISITA MEDICA PER LA PATENTE CHE SCADA IL \_\_\_\_\_**

- RILASCIO**     **REVISIONE**     **RINNOVO**     **RILASCIO / RINNOVO**

**ATTESTATO**

- Duplicato**                       **Cambio categoria**

**A**     **B**     **C**     **D**     **E**     **CAP**     **AS**     **BS**     **CS**     **AM**     **Nautica**

**CATEGORIA**

MALATTIE	MOTIVAZIONI
<input type="checkbox"/> Diabete <input type="checkbox"/> Malattie del cuore <input type="checkbox"/> Epilessia <input type="checkbox"/> Malattie del sangue e degli organi ematopoietici <input type="checkbox"/> Malattie dei vasi sanguigni <input type="checkbox"/> Malattie dell'apparato respiratorio <input type="checkbox"/> Sindrome delle apnee ostruttive nel sonno (OSAS) <input type="checkbox"/> Malattie endocrine <input type="checkbox"/> Trapianto organi <input type="checkbox"/> Insufficienza renale <input type="checkbox"/> Malattie psichiche o uso di psicofarmaci <input type="checkbox"/> Malattie degli occhi / monocoli / glaucoma	<input type="checkbox"/> Limiti di età patenti di cat. superiore <input type="checkbox"/> Patenti cat. Superiore (C-D-E-CE-DE-CAP-BE) <input type="checkbox"/> Limiti di età: 80 anni e oltre <input type="checkbox"/> Invalidità civile / Inail <input type="checkbox"/> Guida con occhiali / lenti a contatto  <input type="checkbox"/> <b>Incidenti stradali</b> <input type="checkbox"/> <b>Uso inadeguato di alcool</b> <input type="checkbox"/> <b>Uso stupefacenti</b> <input type="checkbox"/> <b>Uso inadeguato di alcool e stupefacenti</b>

**VISITE CHE VENGONO EFFETTUATE DI MARTEDI' E/O GIOVEDI'**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Malattie neurologiche (mctc)   | <input type="checkbox"/> Minorati degli arti (mctc)                  |
| <input type="checkbox"/> Malattie reumatologiche (mctc) | <input type="checkbox"/> Sordità civile / ipoacusia (minorati udito) |

**Nessuno dei precedenti casi** (La Commissione si riserva di richiedere tutte le visite specialistiche che riterrà opportuno)

E' già stato in COMMISSIONE PATENTI?     **NO**     **SI**    In data \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Ai sensi della D.L.gs. del 30-06/03 n. 196, nonché Aut. N° 2/30.06.2004, s'informa che tutti i dati personali inerenti alla S.V. che sono stati acquisiti da questa struttura sanitaria, in relazione alle prestazioni richieste, saranno trattati in ossequio alla normativa vigente e alle regole deontologiche. Si rammenta inoltre che le modalità e le procedure adottate da questa sede sono attuate in conformità delle disposizioni emanate dal Codice della Strada.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA leggibile del genitore**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA leggibile dell'interessato**  
*(nel caso di minore firma anche del genitore)*

**DATA** \_\_\_\_\_

**COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI PROVINCIA DI PADOVA**  
**ANAMNESI SANITARIA PER IL RILASCIO /RINNOVO DELLA PATENTE DI GUIDA**  
 (artt. 47 e 76 – DPR 445 del 28.12.2000)

Il/la sottoscritto/a Sig. \_\_\_\_\_

IN RELAZIONE AGLI STATI PATOLOGICI SOTTO INDICATI **DICHIARA CHE:**

<b>A</b>	soffre o ha sofferto di <b>diabete</b> In terapia con: <input type="checkbox"/> regime dietetico <input type="checkbox"/> ipoglicemizzanti orali <input type="checkbox"/> insulina	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>B</b>	soffre o ha sofferto di patologie dell' <b>apparato circolatorio</b> ( <b>esempio:</b> infarto miocardio, angina, presenza di pacemaker, aritmia, aneurisma, endocardite; pregresso intervento cardiaco di: by-pass, protesi valvolari, trapianto cardiaco) Se <b>sì</b> quali : .....	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>C</b>	soffre o ha sofferto di <b>epilessia</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>D</b>	soffre o ha sofferto di malattie del <b>sangue</b> es.: leucemia, anemia, trombocitopenia	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>E</b>	soffre o ha sofferto di <b>malattie dell'apparato respiratorio</b> Fa uso di ossigenoterapia? Se sì quantificare ore al giorno .....	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>F</b>	soffre o ha sofferto di <b>sindrome delle apnee ostruttive nel sonno (OSAS)</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>G</b>	soffre o ha sofferto di <b>patologie endocrine</b> ( <b>esempio:</b> tiroide, ipofisi, surrene)	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>H</b>	soffre o ha sofferto di malattie <b>dell'apparato urogenitale</b> (malattie renali) <input type="checkbox"/> è in trattamento dialitico <input type="checkbox"/> ha effettuato trapianto renale	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>I</b>	soffre o ha sofferto di malattie del <b>sistema nervoso centrale o periferico:</b> <input type="checkbox"/> encefalite <input type="checkbox"/> sclerosi multipla <input type="checkbox"/> miastenia grave <input type="checkbox"/> malattia con atrofia muscolare <input type="checkbox"/> malattie del sistema nervoso associate ad atrofia muscolare progressiva e/o disturbi miotonici <input type="checkbox"/> malattie del sistema del sistema nervoso centrale o periferico <input type="checkbox"/> postumi invalidanti di traumatismi del sistema nervoso centrale o periferico	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>L</b>	soffre o ha sofferto di malattie <b>psichiche</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>M</b>	fa uso, attuale o in passato, di <b>sostanze psicoattive</b> se <b>sì</b> quali: <input type="checkbox"/> droghe <input type="checkbox"/> psicofarmaci <input type="checkbox"/> alcool (anche solo occasionale alla guida)	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>N</b>	<b>Malattie degli occhi:</b> <input type="checkbox"/> glaucoma <input type="checkbox"/> monocolo <input type="checkbox"/> altro .....	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>O</b>	<b>Soffre ha sofferto di altre patologie</b> Se <b>sì</b> quali .....	<b>SI</b>	<b>NO</b>
	Ha subito <b>incidenti stradali, infortuni sul lavoro, traumi accidentali</b> ( <b>esempio:</b> traumi cranici) Se <b>sì</b> quali : .....	<b>SI</b>	<b>NO</b>
	E' stato riconosciuto <b>invalido</b> a qualsiasi titolo (civile, INPS, INAIL, guerra, per cause di servizio)?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
	E' stato mai <b>ricoverato</b> ? se <b>sì</b> quando? :	<b>SI</b>	<b>NO</b>
	<b>Utilizza protesi acustiche</b> <input type="checkbox"/> orecchio dx <input type="checkbox"/> orecchio sx	<b>SI</b>	<b>NO</b>

**Il sottoscritto afferma di aver fornito alla Commissione informazioni veritiere in merito ai dati anamnestici di cui sopra, e di essere stato reso edotto che in caso di dichiarazione mendace la stessa visita medica cui è stato sottoposto risulta falsata e pertanto si provvederà a sottoporre a revisione la relativa patente di guida, con conseguente revoca o sospensione della stessa ai sensi degli art. 128, 129, 130 del C.d.S., salvo che non si configuri ipotesi di reato.**  
**Si richiama sin d'ora l'attenzione sugli effetti che possono derivare al richiedente in caso di dichiarazione incompleta o non veritiera.**

\_\_\_\_\_ **FIRMA leggibile del genitore**

\_\_\_\_\_ **FIRMA leggibile dell'interessato**  
 (nel caso di minore firma **anche** del genitore)

**DATA** \_\_\_\_\_

## **INFORMATIVA ai sensi dell'art. 13 del d. lgs. 196/2003 (codice privacy) in occasione dell'accertamento dell'idoneità alla guida**

L'U.L.S.S. 16 di Padova in qualità di titolare del trattamento dei dati personali (di seguito Azienda), nella persona del Direttore Generale pro-tempore, **La informa** che i Suoi dati personali, compresi quelli idonei a rivelare il suo stato di salute ed eventualmente quello relativo ai suoi familiari, verranno trattati esclusivamente ai seguenti fini:

- svolgimento delle attività certificatorie (art. 85, comma 1, lettera d) D. Lgs. 196/2003), relative all'accertamento di idoneità alla guida;
- svolgimento delle attività amministrative correlate a quelle di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei soggetti assistiti dal servizio sanitario nazionale (art. 85, comma 1, lettera a) D. Lgs. 196/2003);
- programmazione, gestione, controllo e valutazione dei servizi (art.85, comma 1, lettera b) D. Lgs.196/2003);
- applicazione della normativa in materia di sicurezza e salute della popolazione (art. 85, comma 1, lettera e) D. Lgs. 196/2003).

**La informiamo**, inoltre, che per il raggiungimento delle predette finalità si potrà rendere necessario accedere all'archivio invalidi, all'archivio esenzione ticket, all'archivio visite fiscali, all'archivio visite ed accertamenti ambulatoriali e all'archivio ricoveri di questa Azienda, nonché agli archivi sanitari di altre strutture sanitarie pubbliche e private convenzionate e delle commissioni patenti di altre Province.

I dati personali saranno trattati sia su supporto informatico che cartaceo, con specifica adozione di una logica finalizzata a consentire l'accesso e l'utilizzo ai soli operatori che ne hanno necessità.

### **I Suoi dati verranno comunicati:**

- ➔ **alla Motorizzazione Civile** (limitatamente a quanto previsto dall'art. 330, comma 11, del D.P.R.495/1992, come modificato dall'art. 188 del D.P.R. 610/1996)
- ➔ **alla Prefettura e all'Ufficio competente del Dipartimento per i Trasporti Terrestri**, limitatamente a quanto previsto dall'art. 186 e 187, D.lg. n. 285/1992 (Guida in stato di ebbrezza e di alterazione psico-fisica per uso di sostanze stupefacenti),
- ➔ **all'Ufficio Centrale Operativo del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti.**

L'Azienda **La informa**, infine, che in qualità di interessato al trattamento, può in qualsiasi momento esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 – tra i quali, accedere ai propri dati, richiederne la modifica o la cancellazione, opporsi in tutto o in parte al loro utilizzo per motivi legittimi – presentando apposita istanza al responsabile del trattamento dei dati, nella persona del Direttore della Struttura ove è stata resa la prestazione.

**Il richiedente sarà invitato a visita solo dopo che la Commissione Medica Locale sarà in possesso della dichiarazione sottostante dell'interessato (parte integrante della domanda).**

Il/la _____	sottoscritto/a
nato/a _____	il
residente _____ nel _____ Comune _____	di
in _____	Via _____
<p><b>A seguito della richiesta</b> di visita presso la Commissione Medica Locale di Padova, per ottenere il certificato di idoneità alla guida; <b>Viste le norme</b> in materia di trattamento dei dati personali di cui al D.Lgs. n. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali",</p> <p style="text-align: center;"><b><u>DICHIARA</u></b></p> <p>1) di autorizzare la Commissione Medica Locale all'iter procedurale per l'espletamento della richiesta e ad acquisire tutti gli elementi di conoscenza occorrenti, anche se ciò comporterà la comunicazione dei dati personali ad altri dipendenti di strutture pubbliche o private, in ogni caso tenuti al segreto d'ufficio o professionale;</p> <p>2) di aver preso visione delle "<b>Informazioni utili</b>" allegate alla presente domanda.</p>	
_____	
<b>FIRMA leggibile del genitore</b>	<b>FIRMA leggibile dell'interessato</b> <i>(nel caso di minore firma anche del genitore)</i>
Data _____	