



# RELAZIONE DI VISITA MEDICA (Da conservare agli atti)

Conferma della patente di guida categoria.....

VISITA MEDICA iniziata in data ..... relativo alla persona di

FEDI  
(Cognome)

ALESSANDRO  
(Nome)

nat. a PISA

(P.I.) il 15/10/1975

documento di riconoscimento Patente

nr. 41 5005892 X

rilasciato da Prefettura / Motorizzazione / U.C.O.

il 26/4/2006

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<sup>(2)</sup>:

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

Data .....

Firma dell'interessato/a

Fedi Alessandro

## 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/a

Fedi Alessandro

Vista la sotto elencata documentazione, prodotta ed acquisita agli atti<sup>(2)</sup>:

Indirizzo di spedizione della Patente

VIA BUCCARI 30/A ROSIGNANO SOLVAY

C.A.P. 57016

Città LI

E-mail

ALELIV15@OUTLOOK.IT

Telefono

333/2942973

