

RELAZIONE DI VISITA MEDICA

(Da conservare agli atti)

Conferma della patente di guida categoria.....

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

FERRINI ROSSELLA
(Cognome) (Nome)

natA a LIVORNO (LI) il 25/05/1965

documento di riconoscimento Patente nr. LI2246563TN

rilasciato da Prefettura / Motorizzazione / U.C.O. il 03/05/1986

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[2]:

- 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 misura (%/Tab.) .....)

Data .....

Firma dell'interessato/a

_____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Io sottoscritto ROSSELLA FERRINI ..... 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/a

Rossella Ferrini

Vista la sotto elencata documentazione, prodotta ed acquisita agli atti[2].

Indirizzo di spedizione della Patente

VIA PIETRO GORI, 16 C.A.P. 57126 Città LIVORNO

E-mail

ROSSYFERRY@GMAIL.COM

Telefono

328/6016312