

RELAZIONE DI VISITA MEDICA

(Da conservare agli atti)

GUF

protocollo

bollettini

Conferma della patente di guida categoria B

VISITA MEDICA iniziata in data relativo alla persona di:

PICCIULLO

PAOLINO

(Cognome)

(Nome)

nat 0 a ROCCARAINOLA

(NA)

il

1/4/48

documento di riconoscimento patente di guida

nr.

LI 5128204 X

rilasciato da

il

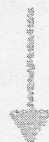
26/02/97

il quale informato, in relazione agli stati patologici di seguito elencati, che in caso di dichiarazione mendace si provvederà, salvo che non si configurino 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.) | | |

FOTOTESSERA



Firma dell'interessato/a

Data 02/08/2016

Firmare entro i bordi

[Signature]

Indirizzo di spedizione della patente: (in mancanza di indicazioni sarà spedita all'ultimo indirizzo valido conosciuto dalla MCTC)

Via: PIAGENTA n° 38

Città: LIVORNO

CAP: 57125

indirizzo e-mail:

Telefono: 0586/880494 cell 3280986359

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Io sottoscritto PICCIULLO PAOLINO 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 02/08/2016

Firma dell'interessato/a

[Signature]