

## SPAZIO RISERVATO ALLA COMMISSIONE

COGNOME ..... NOME .....

N° pratica

Prenotato per il giorno: .....

Da .....

### ACCERTAMENTI VISIVI IDONEITÀ ALLA GUIDA ai sensi del D.L. n.59 del 2011

VISUS NATURALE: OD ..... OS .....

VISUS CORRETTO: OD ..... OS .....

CAMPO VISIVO	<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> insufficiente
VISIONE BINOCULARE	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> assente
VISIONE CREPUSCOLARE	<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> insufficiente
SENS. ABBAGLIAMENTO	<input type="checkbox"/> adeguato	<input type="checkbox"/> non adeguato
TEMPO DI RECUPERO	<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> insufficiente
SENS. CONTRASTO	<input type="checkbox"/> adeguato	<input type="checkbox"/> non adeguato

PRESCRIZIONI: ☐ obbligo di lenti ☐ limitazione ore diurne

Timbro e Firma

Teramo, li .....

AU DX ..... AU SX .....

PATOLOGIE: .....

H ..... Kg .....

☐ ATTESTATO ANNUALE AI SENSI DELLA LEGGE 29/07/2010 N. 120 E IL DECRETO DEL 08/09/2010

GIUDIZIO CONCLUSIVO CML:

Regione Abruzzo  
Azienda Sanitaria Locale – Teramo  
Unità Operativa Complessa di Medicina Legale e Sicurezza Sociale  
**Commissione Medico Locale per le Patenti di Guida**



Presidente Dr. Ercole D'Annunzio  
Via Cesare Battisti, 7 – 64100 TERAMO – Tel. 0861.429943 – fax 0861.429989

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

In via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Chiede di essere sottoposto a visita dalla Commissione Medica Locale per il:

☐ rilascio ☐ duplicato ☐ conferma di validità ☐ revisione ☐ attestato annuale

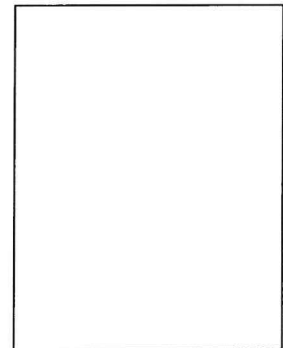
della Patente di guida delle categorie:

☐ AM ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ K ☐ AS ☐ BS ☐ NAUTICA

per:

1. ☐ patologie degli arti superiori
2. ☐ patologia degli arti inferiori
3. ☐ patologia delle ghiandole endocrine (es. diabete mellito)
4. ☐ patologia dell'apparato visivo
5. ☐ patologia dell'apparato cardio-vascolare
6. ☐ patologia del sistema nervoso
7. ☐ patologie psichiatriche
8. ☐ uso sostanze tossiche (revisioni ex art 187 c.d.s.)
9. ☐ patologia alcool correlate (revisione ex art. 186 c.d.s.)
10. ☐ malattie del sangue
11. ☐ patologie dell'apparato uro-genitale
12. ☐ patologie dell'apparato uditivo
13. ☐ limiti d'età per il mantenimento patenti C - D - E
14. ☐ \_\_\_\_\_

FOTO RECENTE



FIRMA



☐ Si allega (in caso di revisione) copia della comunicazione della Motorizzazione Civile e Trasporti in Concessione o della Prefettura in cui si richiede il provvedimento.

☐ Il sottoscritto altresì dichiara di essere in possesso di patente categoria \_\_\_\_\_

Rilasciata da \_\_\_\_\_ con scadenza il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Numero patente \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Teramo, il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_

# DICHIARAZIONE RELATIVA ALLA SUSSISTENZA DI PRECEDENTI MORBOSI

Il/la Sig.re/ra

\_\_\_\_\_  
(Cognome) (Nome)  
Nato/a a \_\_\_\_\_  
(Comune) (Prov.) (giorno) (mese) (anno) (Tel.)

Soffre o ha sofferto di <b>malattie dell'apparato cardiocircolatorio</b> (ad es.: ipertensione/infarto miocardio/angina presenza di pace maker/aritmia/defibrillatore/aneurisma/endocardite, pregresso intervento cardiaco di by-pass, protesi valvolari, trapianto cardiaco, etc.)? <b>Se sì, quali?</b> .....	SI	NO
Soffre o ha sofferto di <b>russamento</b> ? <b>Se sì, specificare:</b> <input type="checkbox"/> <b>Abituale</b> (tutte le notti) <input type="checkbox"/> <b>Persistente</b> (da almeno sei mesi) <input type="checkbox"/> <b>Con apnee</b> (pause respiratorie)	SI	NO
Soffre o ha sofferto di <b>sindrome delle apnee notturne</b> ? <b>Se sì, utilizza un dispositivo CPAP?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <b>Da quando e per quante ore a notte?</b> .....	SI	NO
Soffre o ha sofferto di <b>diabete</b> ? <b>Se sì, in terapia con:</b> <input type="checkbox"/> regime dietetico <input type="checkbox"/> ipoglicemizzanti orali <input type="checkbox"/> insulina	SI	NO
Soffre o ha sofferto di <b>malattie endocrine</b> (ad es.: della tiroide, ipofisi, surrene)? <b>Se sì, quali?</b> .....	SI	NO
Soffre o ha sofferto di <b>malattie del sistema nervoso centrale o periferico</b> (ad es.: morbo di Parkinson, encefalite, sclerosi multipla, miastenia grave, malattie del sistema nervoso associate ad atrofia muscolare progressiva e/o disturbi miotonici, attacchi ischemici transitori, ictus, decadimento cognitivo, stato di coma, neuropatie degli arti, postumi invalidanti di traumi del sistema nervoso centrale o periferico. etc.)? <b>Se sì, quali?</b> .....	SI	NO
Soffre o ha sofferto di <b>epilessia</b> ? <b>Se sì, specificare quando si è manifestata l'ultima crisi:</b> <b>gg/mm/anno</b> ..... <b>in terapia con</b> .....	SI	NO
Soffre o ha sofferto di <b>malattie psichiche</b> (ad es.: ansia, depressione, psicosi, disturbi della personalità, allucinazioni, etc.)? <b>Se sì, quali?</b> .....	SI	NO
Fa uso attuale o ha fatto uso in passato, di <b>sostanze psicoattive</b> ? <b>Se sì, quali?</b> <input type="checkbox"/> Droghe <input type="checkbox"/> Psicofarmaci <input type="checkbox"/> Alcool (anche solo occasionale alla guida) <b>È seguito dal S.E.R.D. o da Nucleo Operativo di Alcolologia</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <b>Se sì, indicare sede e da quale data è stato / è cura</b> .....	SI	NO
Soffre o ha sofferto di <b>malattie del sangue</b> (ad es.: leucemia, policitemia, anemia, trombocitosi, piastrinopenia, etc.)? <b>Se sì, quali?</b> .....	SI	NO
Soffre o ha sofferto di <b>malattie dell'apparato urogenitale</b> (ad es.: glomerulonefrite, insufficienza renale, etc.)? <b>Se sì, quali?</b> ..... <b>È in trattamento dialitico?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <b>Ha effettuato trapianto renale?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	SI	NO
È affetto da <b>malattie dell'apparato visivo</b> (ad es.: glaucoma, retinopatia, maculopatia, cheratocono, etc.)? <b>Se sì, quali?</b> ..... <b>Utilizza</b> <input type="checkbox"/> occhiali da vista <input type="checkbox"/> lenti a contatto?	SI	NO
Ha subito <b>interventi chirurgici agli occhi</b> ? <b>Se sì, quali?</b> .....	SI	NO
È affetto da <b>malattie dell'apparato uditivo</b> (ad es.: ipoacusia, sordità, etc.)? <b>Se sì, quali?</b> ..... <b>Utilizza protesi acustiche?</b> <input type="checkbox"/> Orecchio Dx <input type="checkbox"/> Orecchio Sn	SI	NO
Soffre o ha sofferto di <b>altre patologie</b> ? <b>Ha subito incidenti stradali? Infortuni sul lavoro? Traumi accidentali?</b> <b>Se sì, quali?</b> .....	SI	NO
Ha subito <b>ricoveri ospedalieri</b> ? <b>Se sì, indicare epoca e malattie riscontrate</b> (eventuali interventi chirurgici) .....	SI	NO
Ha in corso <b>terapie farmacologiche</b> di qualsiasi tipo? <b>Se sì, specificare quali farmaci</b> .....	SI	NO
È <b>invalido Civile</b> (oppure per cause di Lavoro, di Guerra, di Servizio)? <b>Se sì, indicare la percentuale di invalidità</b> .....	SI	NO
È stato mai visitato da una <b>Commissione Medica Locale Patenti</b> ? <b>Se sì, di quale Provincia?</b> .....	SI	NO

Data.....

Firma del/la dichiarante .....

Firma del genitore (se minore) .....

(Avvertenze: barrare con una "x" la casella corrispondente)

Nel caso di dichiarazioni mendaci si provvederà a sottoporre a revisione la patente di guida con conseguente revoca della stessa, ai sensi degli art.128/129/130 Codice della Strada, salvo che non si configurino ipotesi di reato.



 www.aslteramo.it GDPR	Regione Abruzzo <b>Informativa/Consenso</b> <b>UOC MEDICINA LEGALE, NECROSCOPICA, RISK MANAGEMENT</b> <b>ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679</b>	Documento: INF/CONS UOC MED. LEG. Revisione n.: 3 Data Emissione: 26.03.2021 pag. 5 di 6
---	---	---

### CONSENSO (art. 7)

Premesso che il presente modello integra l'informativa di cui sopra, di cui si dichiara di avere preso visione, il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_, in qualità di diretto interessato o esercente la potestà genitoriale / la tutela / la curatela / l'amministrazione di sostegno sul soggetto beneficiario servizio richiesto,

(Nome e Cognome)

acquisite le informazioni di cui all'informativa fornita ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679, consapevole che il trattamento riguarderà dati personali e particolari categorie di dati personali (rispettivamente artt. 4.1 e 9 del Reg. UE 2016/679) che riguardano "l'origine razziale o etnica, le convinzioni religiose o filosofiche, dati genetici, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona",

### AUTORIZZA

- Il trattamento di tali dati personali per fini di ricontatto paziente per eventuali comunicazioni a mezzo SMS – telefono al numero: \_\_\_\_\_  
☐ SI      ☐ NO      ☐ REVOCA (se precedentemente prestato)
- Il trattamento di tali dati personali per fini di ricontatto, comunicazioni al paziente a mezzo email non cifrata all'indirizzo: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_  
☐ SI      ☐ NO      ☐ REVOCA (se precedentemente prestato)
- Che sia data comunicazione in ordine al proprio stato di salute alle sotto indicate persone:
  - ☐ a nessuno
  - ☐ al proprio medico curante \_\_\_\_\_
  - ☐ a \_\_\_\_\_☐ SI      ☐ NO      ☐ REVOCA (se precedentemente prestato)

	Regione Abruzzo <b>Informativa/Consenso</b> <b>UOC MEDICINA LEGALE, NECROSCOPICA, RISK</b> <b>MANAGEMENT</b> ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679	Documento: INF/CONS UOC MED. LEG. Revisione n.: 3 Data Emissione: 26.03.2021
GDPR	pag. 6 di 6	

Firma dell'Interessato _____	Data _____
Documento di riconoscimento tipo _____	n. _____
rilasciato da _____	Data ____/____/____

OVVERO

Firma del Genitore _____	Data _____
Documento di riconoscimento tipo _____	n. _____
(se esercente la potestà o il tutore)	
Il genitore presente dichiara che l'altro genitore esercente la patria potestà è informato e acconsente al trattamento dei dati personali del minore.	

OVVERO

Considerato che l'interessato/a Sig./Sig.ra _____ non può prestare il proprio consenso per impossibilità psico fisica, per incapacità, anche temporanea, di agire o per incapacità di intendere o di volere, il sottoscritto (in stampatello): _____ Documento di riconoscimento tipo _____ n. _____ rilasciato da _____ Data ____/____/____ <input type="checkbox"/> Familiare (indicare il rapporto di parentela): <input type="checkbox"/> Convivente <input type="checkbox"/> Responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato <input type="checkbox"/> Amministratore di Sostegno acconsente al trattamento dei dati sanitari dell'interessato nell'ambito e per le finalità indicate nell'informativa e si impegna, non appena il paziente sia in grado di prestare autonomamente il proprio consenso, a comunicargli di averlo prestato in sua vece e luogo e della possibilità di revocarlo. Firma del dichiarante _____ Data _____
---