

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

AUD DX AUS 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:

Il sottoscritto _____ nato a _____

Il ____ / ____ / ____ residente a _____ cap _____

In via _____ n° _____ tel. _____

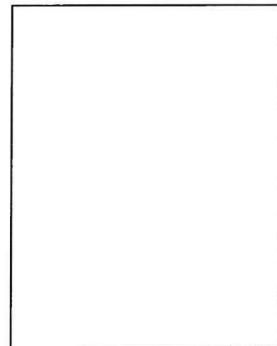
Chiede di essere sottoposto a visita dalla Commissione Medica Locale per il:

rilascio duplicato conferma di validità revisione attestato annuale
della Patente di guida delle categorie:
 AM A B C D E K AS BS NAUTICA

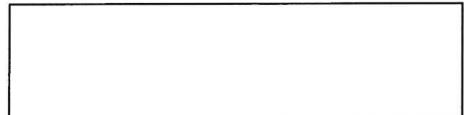
per:

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 malattie dell'apparato cardiocircolatorio (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.)? Se sì, quali?		SI	NO
Soffre o ha sofferto di russamento? Se sì, specificare: <input type="checkbox"/> Abituale (tutte le notti) <input type="checkbox"/> Persistente (da almeno sei mesi) <input type="checkbox"/> Con apnee (pause respiratorie)		SI	NO
Soffre o ha sofferto di sindrome delle apnee notturne? Se sì, utilizza un dispositivo CPAP? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Da quando e per quante ore a notte?		SI	NO
Soffre o ha sofferto di diabete? Se sì, in terapia con: <input type="checkbox"/> regime dietetico <input type="checkbox"/> ipoglicemizzanti orali <input type="checkbox"/> insulina		SI	NO
Soffre o ha sofferto di malattie endocrine (ad es.: della tiroide, ipofisi, surrene)? Se sì, quali?		SI	NO
Soffre o ha sofferto di malattie del sistema nervoso centrale o periferico (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 traumatismi del sistema nervoso centrale o periferico, etc.)? Se sì, quali?		SI	NO
Soffre o ha sofferto di epilessia? Se sì, specificare quando si è manifestata l'ultima crisi: gg/mm/anno.....in terapia con.....		SI	NO
Soffre o ha sofferto di malattie psichiche (ad es.: ansia, depressione, psicosi, disturbi della personalità, allucinazioni, etc.)? Se sì, quali?		SI	NO
Fa uso attuale o ha fatto uso in passato, di sostante psicoattive? Se sì, quali? <input type="checkbox"/> Droghe <input type="checkbox"/> Psicofarmaci <input type="checkbox"/> Alcool (anche solo occasionale alla guida) È seguito dal SER.D. o da Nucleo Operativo di Alcoologia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Se sì, indicare sede e da quale data è stato / è cura		SI	NO
Soffre o ha sofferto di malattie del sangue (ad es.: leucemia, policitemia, anemia, trombocitosi, piastrinopenia, etc.)? Se sì, quali?		SI	NO
Soffre o ha sofferto di malattie dell'apparato urogenitale (ad es.: glomerulonefrite, insufficienza renale, etc.)? Se sì, quali?		SI	NO
È in trattamento dialitico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Ha effettuato trapianto renale? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		SI	NO
È affetto da malattie dell'apparato visivo (ad es.: glaucoma, retinopatia, maculopatia, cheratocono, etc.)? Se sì, quali?		SI	NO
Utilizza <input type="checkbox"/> occhiali da vista <input type="checkbox"/> lenti a contatto?		SI	NO
Ha subito interventi chirurgici agli occhi? Se sì, quali?		SI	NO
È affetto da malattie dell'apparato uditivo (ad es.: ipoacusia, sordità, etc.)? Se sì, quali?		SI	NO
Utilizza protesi acustiche? <input type="checkbox"/> Orecchio Dx <input type="checkbox"/> Orecchio Sn		SI	NO
Soffre o ha sofferto di altre patologie? Ha subito incidenti stradali? Infortuni sul lavoro? Traumi accidentali? Se sì, quali?		SI	NO
Ha subito ricoveri ospedalieri? Se sì, indicare epoca e malattie riscontrate (eventuali interventi chirurgici)		SI	NO
Ha in corso terapie farmacologiche di qualsiasi tipo? Se sì, specificare quali farmaci		SI	NO
È invalido Civile (oppure per cause di Lavoro, di Guerra, di Servizio)? Se sì, indicare la percentuale di invalidità		SI	NO
È stato mai visitato da una Commissione Medica Locale Patenti? Se sì, di quale Provincia?		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 configuri ipotesi di reato.

 ASL TERAMO www.aslteramo.it	<p style="text-align: center;"> Regione Abruzzo Informativa/Consenso UOC MEDICINA LEGALE, NECROSCOPICA, RISK MANAGEMENT ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 </p>	<p>Documento: INF/CONS UOC MED. LEG. Revisione n.: 3 Data Emissione: 26.03.2021 pag. 5 di 6</p>
GDPR	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)

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

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 esercitante 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