

Dichiarazione da compilare e firmare,  
(allegato 1 Circolare MCTC 18/07/1995 e D.M. 21/01/2014)

**RELAZIONE DI VISITA MEDICA**

(Da conservare agli atti)

Visita medica per ..... della patente categoria ..... iniziata in  
data .....

relativa al/la Sig./ra ..... nato/a in

..... il ..... documento di  
riconoscimento n° ..... rilasciato da ..... il .....

il/la quale informato/a, 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**

- **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 O FACEVA USO DI SOSTANZE PSICOATTIVE** (es. psicofarmaci, alcool, droghe, ecc.) SI  NO   
(Se si specificare quali .....) )
- **SUSSISTONO PATOLOGIE DEL SISTEMA NERVOSO** SI  NO   
(Se si specificare quali .....) )
- **SOFFRE DI EPILESSIA O HA MANIFESTATO CRISI EPILETTICHE** SI  NO   
(Se si specificare quando si è manifestata l'ultima .....) )
- **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 .....) )
- **SOFFRE O HA SOFFERTO DI MALATTIA DELLE APNEE OSTRUTTIVE NEL SONNO** SI  NO   
(Se si quali .....) )
- **SUSSISTONO PATOLOGIE ONCOLOGICHE** SI  NO   
(Se si quali .....) )
- **E' 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..... dichiaro di aver ricevuto le informazioni di cui all'art.13 del D.Lgs 196/2013  
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

.....