

# RELAZIONE DI VISITA MEDICA (Da conservare agli atti)

Conferma della patentedi guida categoria

Tratto da: 10-2-2014 GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA Serie generale - n. 33

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---

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

Cognome ..... Nome .....

nat\_\_ a ..... (.....) il.....

documento di riconoscimento ..... nr. ....

rilasciato da ..... il.....

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:

- sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio .....  Si  No  
( se Si quali ..... )
- sussiste diabete .....  Si  No  
( se Si specificare se insulino-dipendente  Si  No..... )
- 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 ..... )
- sussistono apnee ostruttive nel sonno .....  Si  No  
( se Si specificare se si fa uso di CPAP  Si  No..... )
- è invalido civile o del lavoro o di guerra o per servizio .....  Si  No  
( se Si specificare per quali malattie ed in quale misura ..... )

Data ..... Firma dell'interessato/a

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. Inoltre autorizzo il Medico Certificatore e Medical s.r.l. al trattamento dei dati al fine dei versamenti dei diritti di Motorizzazione per mio conto.

Data ..... Firma dell'interessato/a

Indirizzo di spedizione della patente:

VIA .....

CITTA' .....

C.A.P.....

Gradisco comunicazioni:

E-MAIL .....

TELEFONO.....

Fotografia formato tessera a colori non anteriore a 6 mesi, 40-45 mm di altezza per 32-35 mm di larghezza, non danneggiata e senza scritte, sfondo chiaro e uniforme, riportante solo il soggetto, mostrante la testa e la sommità delle spalle, frontale, con la testa non inclinata, occhi ben visibili. Non sono ammessi copricapo a meno di motivi religiosi (in tal caso bisogna comunque mostrare chiaramente il viso), la montatura degli occhiali non deve coprire gli occhi.

Compilazione di questa sezione a cura del medico esaminatore

✓ Vista la sotto elencata documentazione, prodotta ed acquisita agli atti(2):

attestazione del dr.....

rilasciata il.....

✓ Verificato che l'interessato/a:

- Non presenta anomalie della conformazione o dello sviluppo somatico e deficienze organiche o minorazioni anatomiche o funzionali, che possano comunque pregiudicare la sicurezza della guida di veicoli ai quali la patente abilita
- Non presenta obiettività clinica e precedenti anamnestici che facciano sospettare malattie progressive degli occhi richiedenti accertamenti strumentali del campo visivo
- Non presenta, ai test clinici di screening, alterazioni richiedenti approfondimenti diagnostici specialistici: della sensibilità al contrasto, della sensibilità all'abbagliamento, dei tempi di recupero dopo abbagliamento, della visione crepuscolare
- percepisce la voce di conversazione a m ..... a dx e a m ..... a sx senza/con protesi acustica monoaurale/biaurale
- possiede, in relazione alla specifica categoria di patente, tempi di reazione a stimoli semplici e complessi, luminosi ed acustici, sufficientemente rapidi e regolari

Possiede ...../decimi e ...../decim rispettivamente all'occhio dx e sx di acuità visiva naturale/corretta in visione binoculare

di ...../decimi all'occhio destro/sinistro monoculare anatomica/funzionale, posseduta da un periodo sufficiente per consentire l'adattamento,

Si giudica lo/la stesso/a: IDONEO patente di guida di categoria sopra riportata con le seguenti indicazioni:

NESSUNA PRESCRIZIONE

OBBLIGO LENTI

VALIDITÀ DELLA PATENTE LIMITATA (su parere diabetologico) a:

OBBLIGO DI.....

Annotazioni.....

Data .....

Firma del medico certificatore

- DATI PRATICA

PROTOCOLLO

VERSAMENTI

- DATI PAGAMENTO

PRESTAZIONE GRATUITA

CONTANTI .....

POS .....

PAYPAL .....