

# DICHIARAZIONE

.....sottoscritt.....

Nat.....a.....prov.....il.....

Residente a.....prov.....CAP.....

Via/P.zza.....

Tel.....e-mail.....

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 della patente di guida con conseguente revoca o sospensione della stessa

## DICHIARA

(contrassegnare la/e voce/i che interessa/no)

- 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 (gg/mm/aa).....
- Sussistono patologie del sangue SI  NO   
se si quali.....
- Sussistono patologie dell'apparato uro-genitale SI  NO   
se si quali.....
- E' affetto/a da sindrome delle apnee notturne (OSAS) SI  NO
- Sussistono patologie visive SI  NO   
se si quali.....
- Sussistono patologie uditive SI  NO   
se si quali.....
- E' invalido civile  o del lavoro  o di guerra   
se si specificare per quali patologie ed in quale misura % .....

DATA.....

FIRMA.....

### DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Io sottoscritto/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.

DATA.....

FIRMA.....