



# Commissione Medica Locale di Vercelli

per l'accertamento dei requisiti fisici e psichici ai fini del conseguimento /rinnovo/revisione della patente di guida  
(D.M. 286/91 e D.L. 285/92 - art. 119 – “ Nuovo Codice della Strada” - D.Lgs 59/2011)  
Costituita presso la S.C. di Medicina Legale – ASL "VC"

Sede centrale VERCELLI L.go Giusti Sede di Borgosesia C/Ospedale Nuovo – Via Ilorini Mo  
Tel. (segr.) 0161- 593.010 - Fax 0161-593.043 0163 - 426.726 / 426.250

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ (prov \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)

via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_

Telefono (mobile/fisso) \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

titolare della patente categoria \_\_\_\_\_ numero \_\_\_\_\_

rilasciata il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

## CHIEDE

di essere sottoposto/a a visita medica collegiale al fine di ottenere il certificato di idoneità psico-fisica alla conduzione di veicoli a motore e **DICHIARA** sotto la propria personale responsabilità di essere affetto/a o di essere stato affetto/a dalle seguenti patologie:

• **MALATTIE CARDIOVASCOLARI:** (infarto, angina, ipertensione, etc.) NO  SI  PREGRESSE   
specificare quale.....

• **DIABETE MELLITO:** NO  SI  (specificare se trattamento con insulina) NO  SI

• **MALATTIE ENDOCRINE:** (fegato, pancreas, tiroide, surreni etc.) NO  SI  PREGRESSE   
specificare quale.....

• **MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE:** NO  SI  PREGRESSE   
specificare quale.....

• **SINDROME DELLE APNEE NOTTURNE (OSAS):** NO  SI

• **TURBE PSICHICHE:** NO  SI  PREGRESSE   
specificare quale.....

### **N.B. COMPILARE ANCHE SUL RETROPAGINA**

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| Stesura: Dr. M. Tommasino<br>– Luglio 2020  | Verifica: Dr. P. Bertone – Dirett:SC<br>Medicina Legale – Luglio 2020 | Autorizzazione: Dr. P. Bertone – Dirett:SC<br>Medicina Legale – Luglio 2020 | Emissione: Dr. P. Bertone – Dirett:SC<br>Medicina Legale Luglio 2020 |
| QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, RIPRODOTTO O RESO NOTO A TERZI SENZA AUTORIZZAZIONE. |   |   |  |

• **USO DI SOSTANZE PSICOATTIVE:** (tranquillanti, stupefacenti, alcool, antidepressivi, altri farmaci)  
 NO       SI       PREGRESSE       specificare quale.....

• **MALATTIE DEL SANGUE:** (leucemia, anemie, linfomi, etc) NO       SI       PREGRESSE   
 specificare quale.....

• **EPILESSIA:**                      NO       SI   
 se si specificare data ultima crisi .....

• **MALATTIE DELL'APPARATO UROGENITALE:** NO       SI       PREGRESSE   
 specificare quale.....

• **PORTATORE DI PROTESI o PATOLOGIE SCHELETRICHE:** (acustiche, agli arti, cardiache, vascolari, arti, amputazioni, malformità etc)      NO       SI   
 specificare quale.....

• **MALATTIE o DISTURBI della VISTA e/o UDITO:**      NO       SI

**TITOLARE di INVALIDITA' CIVILE o altre invalidità:**      NO       SI

In caso di dichiarazione mendace si provvederà a sottoporre a revisione la patente di guida con conseguente sospensione o revoca della stessa degli art. 128, 129, 130, del Codice della Strada così come modificati dagli art. 9, 10, 11, del D.P.R. n. 575, salvo che non si configuri ipotesi di reato.

### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Dichiaro di aver ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del Reg. UE 679/2016: "Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati Personali" ("GDPR") concernente la tutela delle persone o di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali e di natura particolare, con particolare riferimento ai dati idonei a rivelare lo stato di salute; in particolare di essere informato che **la S.S.V.D Medicina Legale dell'A.S.L. "VC" raccoglierà e tratterà tali dati per finalità di cura e prevenzione nel contesto specifico della verifica dell'idoneità alla guida di veicoli e natanti**, garantendo in sicurezza la custodia dei medesimi e consentendone l'accesso esclusivamente al personale incaricato del trattamento e trasmissione, ove previsto, agli Enti interessati secondo la normativa vigente, restando escluso ogni trasferimento verso soggetti non basati nell'Unione Europea.

Esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali e sensibili da parte dell'ASL "VC" per le finalità di cui in informativa, sopra riassunte. Autorizzo in caso di necessità ad essere chiamato/a con nome e cognome alla visita medica.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (firma per esteso)