

SPAZIO RISERVATO ALLA COMMISSIONE

COGNOME _____ NOME _____

N. pratica

Prenotato per il giorno: _____

Da _____

ACCERTAMENTI VISIVI IDONEITA' ALLA GUIDA ai sensi del D.L. n. 59 del 2011

VISUS NATURALE: OD _____ OS _____

VISUS CORRETTO: OD _____ OS _____

CAMPO VISIVO

sufficiente insufficiente

VISIONE BINOCULARE

sufficiente insufficiente

VISIONE CREPUSCOLARE

sufficiente insufficiente

SENS. ABBAGLIAMENTO

sufficiente insufficiente

TEMPO DI RECUPERO

sufficiente insufficiente

SENS. CONTRASTO

sufficiente insufficiente

PRESCRIZIONI: obbligo di lenti limitazione ore diurne

Timbro e Firma

Teramo, li _____

.....

AU DX..... AU SX.....

PATOLOGIE:

H Kg

ATTESTATO ANNUALE AI SENSI DELLA LEGGE 29/07/2010 N. 120 E DECRETO DEL 8.09.2010

GIUDIZIO CONCLUSIVO CML:

Regione Abruzzo
Azienda Sanitaria Locale – Teramo
U.O.C. MEDICINA LEGALE E NECROSCOPICA
Commissione Medico Locale per le Patenti di Guida
Presidente Dr. Ercole D'Annunzio
Via Cesare Battisti, 7 – 64100 TERAMO



Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il ____/____/____ residente a _____ cap _____

in via _____ n° _____ tel. _____

Codice Fiscale _____

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

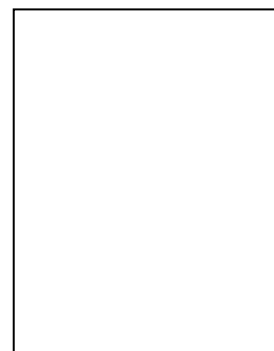
rilascio **duplicato** **conferma di validità** **revisione** **riclassifica** **attestato annuale**

della Patente di guida delle Cat:

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



APPORRE LA FIRMA ALL'INTERNO DEL RETTANGOLO



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 _____

Teramo, li ____/____/____

In fede

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLA SUSSISTENZA DI PRECEDENTI MORBOSI



Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____
 il ____/____/____ residente a _____ cap _____
 in via _____ n° _____ tel. _____

soffre o ha sofferto di patologie dell'apparato cardiocircolatorio (esempio: ipertensione/infarto miocardio/angina presenza di pace maker/aritmia/defibrillatore/aneurisma/endocardite/pregresso intervento cardiaco di by-pass / protesi valvolari/trapianto cardiaco)? Se si, quali?	SI	NO
Soffre o ha sofferto di diabete ? Se si, in terapia con: <input type="checkbox"/> regime dietetico <input type="checkbox"/> ipoglicemizzanti orali <input type="checkbox"/> insulina	SI	NO
Soffre o ha sofferto di patologie endocrine (esempio della tiroide/ipofisi/surrene)? Se si, quali?	SI	NO
Soffre o ha sofferto di malattie del sistema nervoso centrale o periferico? a: encefalite / sclerosi multipla / miastenia grave / malattie del sistema nervoso associate ad atrofia muscolare progressiva e/o disturbi miotonici b: postumi invalidanti di traumasmi del sistema nervoso centrale o periferico Se si, quali?	SI	NO
Soffre o ha sofferto di epilessia ? Se si, specificare quando si è manifestata l'ultima crisi: gg/mm/anno in terapia con	SI	NO
Soffre o ha sofferto di malattie psichiche ? Se si, quali?	SI	NO
Fa uso attuale o in passato, di sostanze psicoattive ? Se si, quali? <input type="checkbox"/> droghe <input type="checkbox"/> psicofarmaci <input type="checkbox"/> alcool (anche solo occasionale alla guida) E' seguito dal SER.D. o da Unità Operativa di Alcoologia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Se si, indicare sede e da quale data è stato / è in cura	SI	NO
Soffre o ha sofferto di malattie del sangue (esempio: leucemia/anemia/trombocitopenia/piastrinopenia)? Se si, quali?	SI	NO
Soffre o ha sofferto di malattie dell'apparato urogenitale (glomerulo nefrite/insufficienza renale grave)? Se si, quali?	SI	NO
E' in trattamento dialitico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Ha effettuato trapianto renale? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
È invalido civile? per cause di servizio? Per cause di lavoro/Inps? Se si, indicare la percentuale di invalidità	SI	NO
È stato mai visitato da una Commissione Medica Locale Patenti ? Se si, di quale Provincia?	SI	NO
Soffre o ha sofferto di altre patologie ? Ha subito incidenti stradali? Infortuni sul lavoro? Traumi accidentali (esempio: traumi cranici)? Se si, quali?	SI	NO
Ha subito ricoveri ospedalieri ? Se si, indicare epoca e malattie riscontrate (eventuali interventi chirurgici)	SI	NO
Utilizza lenti a contatto ?	SI	NO
Utilizza protesi acustiche ? <input type="checkbox"/> Orecchio dx <input type="checkbox"/> Orecchio sx	SI	NO
Sussistono patologie oculari , come Glaucoma / Retinopatia / Degenerazione Maculare? Se si quali?	SI	NO
Ha subito interventi Chirurgico Oculari ? Se si, quali?	SI	NO
Accusa russamento ? Se si, 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

Data.....

Firma del/la dichiarante

Firma del genitore
(in caso di minorenni)

(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.

	Regione Abruzzo Informativa/Consenso UOC MEDICINA LEGALE, NECROSCOPICA, RISK MANAGEMENT ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679	Documento: INF/CONS UOC MED. LEG. Revisione n.: 3.2 Data Emissione: 10.05.2022
GDPR		

CONSENSO (art. 7)

Premesso che il presente modello integra l'informativa, 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 responsabilità 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)

Firma dell'Interessato (anche per presa visione dell'informativa estesa) _____	
Data _____	Documento di riconoscimento tipo _____
n. _____	rilasciato da _____ Data ____/____/____

OVVERO

Firma del Genitore (anche per presa visione dell'informativa estesa) _____	
Data _____	Documento di riconoscimento tipo _____
n. _____	
(se esercente la responsabilità genitoriale o il tutore)	
Il genitore presente dichiara che l'altro genitore esercente la responsabilità genitoriale è informato e acconsente al trattamento dei dati personali del minore.	