



AZIENDA SPECIALE SERVIZI SANITARI

Autorizzazione Sanitaria A.S.L. della Provincia di Varese n. 80/98

Via G. Di Vittorio, 2 - 21029 Vergiate (VA)

Tel. 0331946093 - Fax 0331946342

P.IVA 02021020124 - e-mail: protocollo@asssvergiate.it

Direttore Generale: Dott. Paolo Stellini

Direttore Sanitario: Dott. Giovanni Zanetta

Il/La sottoscritto/a

Nato/a a

prov. (____) il

residente in

prov.

via / piazza

CAP

codice fiscale

telefono


parte da compilare solo per chi **RINNOVA** la patente

titolare di patente di categoria _____ numero _____ rilasciata dalla
Prefettura/Motorizzazione di/UCO _____ il ____/____/____
e con scadenza il ____/____/____

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 art 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 _____
- soffre di disturbi del sonno causati da apnee ostruttive notturne tali da determinare sonnolenza diurna SI NO
se SI indicare se di entità: Lieve Moderata Grave
- 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 _____
- è invalido civile o del lavoro o di guerra o per servizio SI NO
se SI specificare per quali malattie ed in quale misura (% Tabella) _____

Firma dell'interessato/a entro questo riquadro 

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Io sottoscritto dichiaro di aver ricevuto le informazioni di cui all'art 13 del D.lgs 196/2003 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 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 illustrate.

Data _____

Firma dell'interessato/a _____