

Il/Lasottoscritt...Cognome.....Nome.....

nat...a.....pr....il...../...../.....documento di ricon.to (patente Carta Identità altro.....) n°.....rilasciato da..... di..... il...../...../.....

nell'ambito dell'accertamento per l'idoneità alla guida, informat., 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 di presentare le seguenti infermità o condizioni** indicare con una X nel tondo la voce d'interesse:

- sussistono Invalidità** (civile, INAIL, INPS, causa servizio, Guerra, es Ticket, ecc): produrre il verbale
- 1 malattie cardiovascolari** (cardiopatia ischemica valvulopatia, interventi al cuore, portatore di PMK, ICD, cardiopatia ipertensiva, altro
- 2 diabete** per C, D, CE, DE. (per A, B, BE: se presenti complicanze); **3 malattie endocrine**: es tiroide surreni, ipofisi, ecc); **4 malattie sistema nervoso**: sclerosi multipla m. di Parkinson esiti ictus encefalite miastenia grave o malattie del sistema nervoso associate ad atrofia muscolare progressiva e/o disturbi miotonici, ecc; malattie del sistema nervoso periferico; postumi invalidanti di traumatismi del sistema nervoso centrale o periferico, **4 bis sindrome apnee notturne, narcolessia**; **5 epilessia** - anche pregressa - **6 malattie psichiche**; **7 uso di sostanze psicoattive** alcool sostanze stupefacenti psicofarmaci; **violazione** art 186 cds art 187 cds art.75 DPR 309/90 cura pregressa o attuale c/o un Servizio per le Dipendenze; **8 malattie del sangue** (es. leucemie, linfomi, mieloma, ecc); **9 malattie apparato uro-genitale** (es. insufficienza renale cronica in dialisi, trapianto, ecc); **10 patologie apparato visivo** (es retinopatie, maculopatie, glaucoma, cataratta, deficit campo visivo, ecc.); **11 patologie apparato uditivo** (es sordità, gravi deficit, protesi acustiche); **12 minorazioni fisiche anatomiche e/o funzionali di arti superiori, inferiori o rachide**; **13 anomalie somatiche** (es nanismo, gibbo, ecc.); **14 altro**: specificare (es. malattie oncologiche, trapianto, cirrosi epatica, O2 terapia, ecc.).....

- 15 limiti di età: specificare se:**
 - 15a:** se si ha un'età superiore ai 60 aa e si è titolare di patente ctg D1 - D1E - D - DE. (**fino a 68aa**);
 - 15b:** se si ha un'età superiore ai 65 aa e si è titolare di patente ctg C1 - C1E - C - CE
- attestato** DM 08/09/10 art 1 art 2

di avere ricevuto l'informativa di cui al GDPR regolamento (UE) 2016/679

datafirma del dichiarante
spazio riservato al medico relatore della CML

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

accertamento iniziato il luogo e datatimbro e firma medico.....

Alla Commissione medica Patenti ASL 02 Abruzzo CBSBB4

Il/La sottoscritt...Cognome.....Nome.....
nat...a.....pr...il...../...../..... recapito telefonico.....
indirizzo di posta elettronica.....

CHIEDE di essere sottoposto a visita medica per - contrassegnare con una X nel tondo la voce d'interesse -:

- 1) O CONSEGUIMENTO di patente categoria
2) O RINNOVO della patente posseduta; indicare l'indirizzo dove si desidera ricevere la nuova patente: città..... via..... n..... CAP.....

Nel caso di (specificare) o deterioramento o smarrimento / o furto: presentare la denuncia

- 3) O RICLASSIFICAZIONE per passaggio da categoria (posseduta) a categoria
4) O Conversione: o da patente speciale (per MONOCOLI - direttiva 2009/112/CE); o di patente estera/militare
7) O attestato per condurre (fino a 68aa) - Patente in corso di validità o Si o No -
O autotreni ed autoarticolati di massa complessiva a pieno carico superiore alle 20 t;
O autobus, autocarri, autotreni, autoarticolati ed autosnodati, adibiti al trasporto di persone.
8) O altro (es visita senza patente, ecc.....)

DICHIARA

O di ESSERE stato sottoposto a visita presso la Commissione Medica Patenti di..... nell'anno _____ mese

O che ESISTE ricorso pendente presso una Unità Sanitaria Territoriale ovvero innanzi all'Autorità Giudiziaria.

Data.....firma

INFORMATIVA BREVE SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
resa ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679

Il titolare del trattamento dei vostri dati personali è l'ASL2 Abruzzo - Lanciano Vasto Chieti, C.F./P.IVA 02307130696, Via dei Vestini s.n.c. Palazzina N (ex Palazzina SE.BI.) - 66100 Chieti, Tel. (+39) 0871 3571, E-mail: ufficio.privacy@asl2abruzzo.it, PEC: info@pec.asl2abruzzo.it. Il responsabile della protezione dei dati è contattabile scrivendo a dpo@asl2abruzzo.it. Il titolare tratta i vostri dati personali in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, come meglio descritto nell'informativa estesa reperibile presso la sede del titolare, e consultabile anche sul sito web istituzionale asl2abruzzo.it alla sezione dati personali

Luogo e data..... Firma per presa visione dell'informativa.....

SPAZIO riservato all'operatore della segreteria CML

dagli archivi CML risulta che l'ultima visita è stata effettuata il
verifica della rinnovabilità effettuata.....
controllo documentazione
altro/note.....
luogo e data timbro e firma operatore CML.....