

Dottor Ruggero CARMINATI
Medico chirurgo
Specialista in Chirurgia Maxillo-Facciale
*Medicina Legale- ** Geriatria Medico Competente*
Direttore Inf. Presidiaria tipo -b-:
Via Giovanni di Verdara n. 121, CAP 35137, PADOVA(PD)
Studio V. Cefalonia 11/a – VERONA (VR)

**DICHIARAZIONE DA FIRMARE IN PRESENZA DEL MEDICO ESAMINATORE
(Rilascio Idoneità Detenzione/porto di armi)**

.... sottoscritt.....(Cognome).....(Nome)
nat.... a prov.(.....) il...../...../.....
residente in.....prov.(.....),
via/piazza.....
recapito telefonico fisso recapito telefonico mobile.....
indirizzo e-mail(EVENTUALE)
patente di guida n° categoria rilasciata il Scadenza.....
nell'ambito dell'accertamento medico legale dell'idoneità psicofisica al rilascio/rinnovo della
detenzione/porto di armi finalizzata a.....

DICHIARA

- | | | |
|---|------------------------------------|------------------------------------|
| ☐ MALATTIE NEUROLOGICHE | SI ☐ | NO ☐ |
| (se SI quali) | | |
| ☐ EPILESSIA O CRISI EPILETTICHE | SI ☐ | NO ☐ |
| (se SI specificare quando si è manifestata l'ultima.....) | | |
| ☐ TURBE E/O MALATTIE PSICHICHE | SI ☐ | NO ☐ |
| (se SI quali) | | |
| ☐ DIPENDENZE / USO DI STUPEFACENTI ANCHE OCCASIONALE | SI ☐ | NO ☐ |
| (se SI quali) | | |
| ☐ ALTRO | SI ☐ | NO ☐ |
| (malattia degli occhi progressiva, retinite pigmentosa, ipovitaminosi A, glaucoma) | | |
| (se SI specificare) | | |
| ☐ DIPENDENZE / USO / ABUSO | | |
| DI FARMACI PSICOTROPI (sonniferi,tranquillanti,antidepressivi,etc.) | | |
| SI ☐ NO ☐ | | |
| (se SI quali) | | |
| ☐ DIPENDENZA / ABUSO DI SOSTANZE ALCOLICHE | SI ☐ | NO ☐ |
| (se SI per quali.....) | | |
| ☐ DI NON AVER MAI RICEVUTO SOSPENSIONE PATENTE A MENTE ART. 187 CdS | | |
| ☐ PRESENZA DI PROTESI O ORTESI | SI ☐ | NO ☐ |
| (se SI quali) | | |
| ☐ PRESENZA DI PROTESI ACUSTICHE | SI ☐ | NO ☐ |
| (se SI quali) | | |
| ☐ DI ESSERE IN POSSESSO DI REQUISITI MORALI | SI ☐ | NO ☐ |

Dichiaro inoltre che il mio medico di fiducia di cui all'art. 25 della Legge 833/78 è il dottor.....

(Luogo e data del rilascio)

In fede, il dichiarante

.....

.....

La informiamo altresì che i suoi dati potranno essere comunicati a persone fisiche e/o giuridiche, debitamente istruite in materia di sicurezza dei dati e del diritto alla privacy, incaricate al trattamento in virtù del servizio da Lei richiesto, nonché a tutti gli organi preposti al controllo ed alla verifica del medesimo.

La informiamo infine che in relazione ai predetti trattamenti Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art. 14 della 675/96 tra i quali la cancellazione, la trasformazione, l'aggiornamento, la rettificazione e l'integrazione dei dati, nonché il blocco dei dati trattati in violazione di leggi compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali sono stati raccolti.

Autorizzo il dr. al trattamento dei miei dati personali e a comunicare i miei dati personali a persone fisiche e/o giuridiche, enti pubblici, associazioni, comitati che collaborino con l'attività propria. Dichiaro altresì, di aver ricevuto le informazioni di cui al GDPR Regolamento Generale sulla protezione dei Dati (UE/2016/679)

Firma