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)

RELAZIONE DI VISITA MEDICA

(Da conservare agli atti)

--

Conferma della patente di guida categoria…… ……

VISITA MEDICA iniziata in data ..... relativo alla persona di:

…… ……..
(Cognome) (Nome)

nat__ a …… (……) il ……

documento di riconoscimento …… nr. ……..

rilasciato da …… il ……..

codice fiscale nr ……

il quale 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 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(2):

- sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio (se Si quali .....) **Si** ☐ **No** ☐
- sussiste diabete (se Si specificare se insulino-dipendente .....) **Si** ☐ **No** ☐
- sussistono altre patologie endocrine (se Si quali .....) **Si** ☐ **No** ☐
- sussistono turbe e/o patologie psichiche (se Si quali .....) **Si** ☐ **No** ☐
- fa uso di sostanze psicoattive (se Si quali .....) **Si** ☐ **No** ☐
- sussistono patologie del sistema nervoso (compresi i disturbi del sonno da apnee ostruttive notturne) **Si** ☐ **No** ☐
  (se Si quali .....)
- soffre di epilessia o ha manifestato crisi epilettiche (se Si specificare quando si è manifestata l'ultima .....) **Si** ☐ **No** ☐
- sussistono malattie del sangue (se Si quali .....) **Si** ☐ **No** ☐
- sussistono malattie dell'apparato uro-genitale (se Si quali .....) **Si** ☐ **No** ☐
- sussistono patologie visive (se Si quali .....) **Si** ☐ **No** ☐
- sussistono patologieuditive (se Si quali .....) **Si** ☐ **No** ☐
- è invalido civile o del lavoro o di guerra o per servizio (se Si specificare per quali malattie ed in quale misura (%/Tab.) .....) **Si** ☐ **No** ☐

QUESTIONARIO SONNOLENZA DIURNA - ALLEGATO 2 D.M. MINISTERO DELLA SALUTE 03.02.2016

Capita di appisolarsi frequentemente nelle seguenti situazioni?

- davanti alla televisione	**Si** ☐ **No** ☐	- al cinema o a una conferenza	**Si** ☐ **No** ☐
- in treno, in autobus o in macchina se non guida	**Si** ☐ **No** ☐	- conversando con qualcuno durante i pasti	**Si** ☐ **No** ☐
- leggendo il giornale	**Si** ☐ **No** ☐	- alla guida nelle brevi soste deltraffico	**Si** ☐ **No** ☐

Data ……

Firma dell'interessato/a

_____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Io sottoscritto..... dichiaro di aver ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 aggiornato al D.Lgs 101/2018 con specifico riguardo ai diritti a me riconosciuti dalla legge ex art. 7 del D.Lgs 196/2003 e del GDPR 279/2016. In particolare, consapevole che l'accertamento medico legale è 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 illustratemi.

Data ……

Firma dell'interessato/a

_____

Vista la sotto elencata documentazione, prodotta ed acquisita agli atti(2):

***2004 - **2009 (Aut. Ordine Medici MN)**

☐ dichiarazione anamnestica sottoscritta dall'interessato/a

☐ attestazione del medico di fiducia dr…… rilasciata il……

☐ certificazione rilasciata da …… il …….

attestante l'assenza di condizioni di abuso di sostanze alcoliche e il non uso di sostanze stupefacenti o psicotrope

☐ valutazione specialistica(3): ……

☐ certificazione del costruttore attestante le caratteristiche tecniche e l'efficienza delle protesi acustiche utilizzate dall'interessato/a

Verificato che l'interessato/a:

- **presenta** obiettività clinica di malattie fisiche o psichiche in atto, e/o anomalie della conformazione o dello sviluppo somatico e deficienze organiche o minorazioni anatomiche o funzionali, che possano comunque pregiudicare la sicurezza della guida di vei coli ai quali la patente abilita(2) **Si** ☐ **No** ☐
- **presenta** obiettività clinica e precedenti anamnestici che facciano sospettare malattie progressive degli occhi richiedenti accertamenti strumentali del campo visivo(2) **Si** ☐ **No** ☐
- **presenta**, ai test clinici di screening, alterazioni richiedenti approfondimenti diagnostici specialistici:
  - della sensibilità al contrasto(2) **Si** ☐ **No** ☐
  - della sensibilità all'abbagliamento(2) **Si** ☐ **No** ☐
  - dei tempi di recupero dopo abbagliamento(2) **Si** ☐ **No** ☐
  - della visione crepuscolare(2) **Si** ☐ **No** ☐
- **possiede** acuità visiva **naturale/corretta**(1) in visione(2):
  - ☐ binoculare di ……/decimi all'occhio destro e di ...../decimi all'occhio sinistro
  - ☐ monoculare **anatomica/funzionale**(1), posseduta da un periodo **sufficiente/non sufficiente**(1) per consentire l'adattamento, di …..... /decimi all'occhio **destro/sinistro**(1)
- **percepisce** la voce di conversazione a m …… a destra e a m..... a sinistra **senza/con**(1) protesi acustica **monoaurale/biaurale**(1)
- **possiede**, in relazione alla specifica categoria di patente, tempi di reazione a stimoli semplici e complessi, luminosi ed acustici, sufficientemente rapidi e regolari(2) **Si** ☐ **No** ☐

Si giudica lo/la stesso/a:

IDONEO/NON IDONEO(1) (4) **per conferma**(1) della patente di guida di categoria .....con le seguenti indicazioni(2):

☐ NESSUNA PRESCRIZIONE ☐ OBBLIGO LENTI cod……

☐ VALIDITÀ DELLA PATENTE LIMITATA (su parere diabetologico) a : ……. ……..

☐ OBBLIGO DI…… cod.....(*riservato a CML)*

☐ LIMITAZIONE ALLA GUIDA …… cod .....(*riservato a CML)*

☐ MODIFICHE AL VEICOLO……..... cod .....(*riservato a CML)*

Annotazioni ……

……..……...

……...

data ……

Firma del medico certificatore

_____

(1) Cancellare la parte che non interessa

(2) Contrassegnare con **X** la voce (o le voci) di interesse

(3) Diabetologica, neurologica, oculistica, ecc.

(4) In caso di giudizio di NON IDONEITÀ, il medico certificatore monocratico dovrà provvedere, ai sensi dell'art. 126, comma 6, del "*Codice della Strada*", a comunicare tale esito al competente ufficio del Dipartimento per i trasporti terrestri