

AUTODICHIARAZIONE ANAMNESTICA

CONFERMA DELLA PATENTE DI GUIDA CATEGORIA _____

COGNOME _____ NOME _____
 nat_ a _____ il _____
 documento di riconoscimento _____ nr° _____
 rilasciato da _____ il _____

il succitato, 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 dell'articolo 128, 129 e 130 del Codice della Strada così come modificati dall'articolo 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

Barrare le caselle interessate

- **sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio** SÌ NO
 (se SÌ quali) _____
- **sussiste diabete** SÌ NO
 (se SÌ specificare se insulino-dipendente) _____
- **sussistono altre patologie endocrine** SÌ NO
 (se SÌ quali) _____
- **sussistono turbe e/o patologie psichiche** SÌ NO
 (se SÌ quali) _____
- **fa uso di sostanze psicoattive** SÌ NO
 (se SÌ quali) _____
- **sussistono patologie del sistema nervoso** SÌ NO
 (se SÌ quali) _____
- **soffre di epilessia o ha manifestato crisi epilettiche** SÌ NO
 (se SÌ specificare quando si è manifestata l'ultima) _____
- **sussistono malattie del sangue** SÌ NO
 (se SÌ quali) _____
- **sussistono malattie dell'apparato uro-genitale** SÌ NO
 (se SÌ quali) _____
- **sussistono patologie visive** SÌ NO
 (se SÌ quali) _____
- **sussistono patologie uditive** SÌ NO
 (se SÌ quali) _____
- **è invalido civile o del lavoro o di guerra o per servizio** SÌ NO
 (se SÌ specificare per quali malattie ed in quale misura %/Tab.) _____
- **soffre di O.S.A.S. (Sindrome delle apnee notturne) o russamento rumoroso e abituale o sonnolenza diurna** SÌ NO

Data della visita _____

Firma _____

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 D.Lgs-196/2003. In particolare consapevole che l'accertamento medico legale e obbligatorio al fine di accettare l'assenza di condizioni ostative al rilascio dell'idoneità per il conseguimento o 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 _____

**Certificazione di idoneità psicofisica per rilascio e rinnovo di
patenti di guida categoria A-B**

Documentazione necessaria

**Rilascio patente di guida A-B (neopatentati, duplicato, riclassificazione
volontaria di patente C-D-E, conversione di patente estera)**

- Documento di riconoscimento
- Codice fiscale
- Patente guida in possesso (in caso di riclassificazione)
- Foto formato tessera
- Certificato anamnestico del medico curante
- Certificato dell'ottico per gradazione lenti in uso
- Ricevuta versamento postale € 16.00 sul CCP n° 4028

Rinnovo patenti di guida A-B

- Patente di guida in possesso
- Autocertificazione anamnestica (da firmare all'atto della visita)
- Certificazione dell'ottico per gradazione lenti in uso
- Foto formato tessera
- Ricevuta versamento postale di:
 - € 16.00 sul CCP n° 4028
 - € 10.20 sul CCP n° 9001

Rilascio e rinnovo patenti: documentazione integrativa per casi particolari

- diabete mellito: certificato dello specialista diabetologo di struttura pubblica
- visione monoculare: certificato dello specialista oculista, specifico per la patente di guida
- portatori di protesi acustiche: certificato del Costruttore attestante le caratteristiche tecniche e l'efficienza delle protesi
- età > 80 anni: certificato anamnestico del medico curante
- epilessia: certificato dello specialista neurologo specifico per patente di guida
- patente speciale: rivolgersi alla Commissione Medica Provinciale di Vicenza

Modulo acquisizione dati, da consegnare in Accettazione o trasmettere entro il giorno precedente a quello della visita all'indirizzo mail del medico **ioffredo.edoardo@libero.it**

PATENTE RINNOVO

COGNOME E NOME

PATENTE N.

INDIRIZZO DI SPEDIZIONE DELLA PATENTE

N. TELEFONO

FOTOTESSERA

(FIRMA)

Centro Medico Città di Arzignano Via Pellizzari, 125 Tel. 0444 450828 / 450669 C. F e P.iva 02126850243
e - mail: prenotazioni@centromedicoarzignano.it www.centromedicoarzignano.it



PATENTE RILASCIO

(NEOPATENTATO, DUPLICATO, RICLASSIFICAZIONE VOLONTARIA DI PATENTE C - D - E, CONVERSIONE DI PATENTE ESTERA)

COGNOME E NOME

N. TELEFONO

CODICE FISCALE

INDIRIZZO DI RESIDENZA

FOTOTESSERA

(FIRMA)

N. PATENTE (IN CASO DI RICLASSIFICAZIONE)

Centro Medico Città di Arzignano Via Pellizzari, 125 Tel. 0444 450828 / 450669 C. F e P.iva 02126850243
e - mail: prenotazioni@centromedicoarzignano.it www.centromedicoarzignano.it