

**ALLA COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI GUIDA ASL TO 3**

- sede di COLLEGNO** (e-mail: commissione.patentispeciali@aslto3.piemonte.it; tel. 011-4017034)
 sede di PINEROLO (e-mail: fiscali.pinerolo@aslto3.piemonte.it; TEL. 0121-235359)

Il sottoscritto/a _____

Nata/o a _____ il _____

Residente in _____

Codice Fiscale: | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Telefono | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | E-mail _____

Titolare della patente di guida tipo _____ N° _____

Rilasciata dalla Prefettura/MCTC di _____

In data _____ con scadenza _____

- Chiede di essere sottoposto a visita medica per** **Conseguimento** **Rinnovo** **Revisione**
 Altro (specificare: _____)

Si allega alla presente domanda **copia della patente di guida** o, se non disponibile, copia di valido documento di identità.

In caso di revisione della patente si allega copia della comunicazione della Motorizzazione Civile o della Prefettura che ha disposto l'accertamento.

Motivo della richiesta di visita in Commissione (barrare la casella che interessa)

	NO	Sì	Documentazione richiesta (1)
Mutilazione/Minorazione fisica: disabilità motoria (patologia invalidante a carico degli arti o del rachide)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Minorazione dell'udito non corretta da protesi acustica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Segnalazione per guida in stato di ebbrezza (alcol) oppure abuso di sostanze alcoliche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esami prescritti all'atto della prenotazione (gli esiti saranno comunicati alla CML direttamente dal Centro Antidoping)
Segnalazione per sospetto uso di stupefacenti oppure uso di sostanze psicoattive (stupefacenti e psicotrope)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esami prescritti all'atto della prenotazione (gli esiti saranno comunicati alla CML direttamente dal Centro Antidoping) oppure eventuale relazione Centro Terapia Antalgica come da <u>traccia allegata</u>
Titolare di patente D, D/E con età superiore ad anni 60	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Titolare di patente C, C/E con età superiore ad anni 65	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patologie dell'apparato cardio-circolatorio (se Sì quali _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vis. cardiologica; se portatore di pacemaker o defibrillatore, esibire anche i relativi controlli.
Diabete (se sì, specificare se insulino-dipendente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Visita diabetologica conforme al <u>modulo ministeriale</u>
Altre patologie endocrine (se Sì quali _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Visita endocrinologica

	NO	SÌ	Documentazione richiesta (1)
Turbe e/o patologie psichiche (se SÌ quali _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Visita psichiatrica contenente le indicazioni di cui alla <u>traccia allegata</u>
Patologie del sistema nervoso (se SÌ quali _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Visita neurologica
Epilessia / crisi epilettiche (se SÌ specificare quando si è manifestata l'ultima crisi: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Visita neurologica conforme al <u>modulo ministeriale</u> (non antecedente a tre mesi)
Malattie dell'apparato uro-genitale (se SÌ quali _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Visita specialistica
Patologie visive (maculopatie, glaucoma, alterazioni del campo visivo) (se SÌ quali _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Visita oculistica contenente le indicazioni di cui alla <u>traccia allegata</u> (patente A-B; patente C-CE-D-DE)
Patologie uditive (se SÌ quali _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Per i portatori di protesi acustiche : esibire il relativo attestato di conformità.
Sindrome delle apnee ostruttive nel sonno (OSAS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Visita specialistica e controllo CPAP conforme al <u>modulo ministeriale</u>
Invalido/a civile o del lavoro o di guerra o per servizio (se SÌ specificare per quali malattie e in quale misura - percentuale: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Altro (es: insufficienza respiratoria, epatopatie, malattie oncologiche, ...). (se SÌ quali _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Visita specialistica

(1) Per "documentazione richiesta" si intende la documentazione necessaria al fine di poter esprimere il giudizio di idoneità alla guida, da esibire al momento della visita. La documentazione deve essere recente (orientativamente, non anteriore a sei mesi) e comunque **aggiornata alla situazione clinica attuale**.

Dichiaro di **non aver in corso altro giudizio di non idoneità presso altre commissioni**.

Data _____

Firma _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

(Regolamento Generale Europeo sulla protezione dei dati R.G.P.D. 2016/679 - D.L.gs 196/2003 e s.m.i.)

Io sottoscritto/a _____ nata/o il _____ presa visione dell'informativa estesa (*) predisposta dall'ASLTO3 ai sensi del R.G.P.D. 2016/679, artt. 13 e 14 e ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs n.196/2003 e s.i.m. sulla protezione dei dati, consapevole della necessità da parte dell'ASLTO3 di trattare, dietro mio esplicito e libero consenso, i dati personali, sensibili e giudiziari che mi riguardano per l'erogazione delle prestazioni di cui necessito e che gli stessi dati potranno, quando necessariamente richiesto da alcune tipologie di prestazioni, essere incrociati secondo quanto previsto in merito dal Regolamento Privacy ASLTO3, e anche trattati da soggetti terzi, nel rispetto dei disposti di Legge e dei principi di liceità, necessità, proporzionalità, pertinenza, non eccedenza e bilanciamento degli interessi di ciascun soggetto **PRESTO IL CONSENSO** al trattamento dei miei dati personali, anche riguardanti il mio stato di salute e giudiziari, consentendo così all'ASLTO3 di erogarmi le prestazioni finalizzate alla richiesta della certificazione medica di cui alla presente domanda.

Data _____

Firma _____

(*) *L'informativa estesa può essere scaricata dal sito dell'ASL TO3*

http://www.aslto3.piemonte.it/servizi/dwd/privacy/ALL3%20Info_generale.pdf o richiesta agli operatori del Servizio.

Ulteriori informazioni sul trattamento dei dati sono disponibili all'indirizzo <http://www.aslto3.piemonte.it/servizi/privacy.shtml>