

	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 traccia allegata
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 (non antecedente a tre mesi) conforme al modulo ministeriale (patente A-B-BE ; patente C-CE-D-DE)
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 traccia allegata (patente A-B ; patente C-D-E)
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 modulo ministeriale
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"/>	Verbale di riconoscimento di invalidità.
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*

https://www.aslto3.piemonte.it/wp-content/uploads/2020/11/ALL3-Info_generale.pdf o richiesta agli operatori del Servizio.

Ulteriori informazioni sul trattamento dei dati sono disponibili all'indirizzo

<https://www.aslto3.piemonte.it/azienda/documenti/privacy/>