



SERVIZIO DI MEDICINA LEGALE

Commissione Medica Locale

Via Boito, 2 – 20900 Monza

Tel. 800.638.638 (da tel fisso) 02/999599 (da cell)

Fax 039/2335145

E-mail: patenti.medlegale@asst-monza.it

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLA SUSSISTENZA DI PRECEDENTI MORBOSI
NELL'AMBITO DELL'ACCERTAMENTO MEDICO LEGALE PER LA VALUTAZIONE DELL' IDONEITA' PSICOFISICA PER IL

CONSEGUIMENTO CONFERMA REVISIONE DUPLICATO RICLASSIFICAZIONE

PRENOTAZIONE EFFETTUATA: SPORTELLO MAIL FAX TELEFONICA

Il/la Sig./ra (Cognome) (Nome)

Nato/a a: (Comune) (Prov.) il .../.../....

Residente in: (Comune) (Prov.) Cap

Via: n. tel. (fisso e cellulare)

Indirizzo di posta elettronica:

Patente: (categoria) normale speciale numero rilasciata da

data rilascio data scadenza

(in mancanza della patente indicare il documento d'identità)

Altezza _____

Peso _____

DICHIARA DI RICHIEDERE LA VISITA IN COMMISSIONE MEDICA LOCALE IN QUANTO :

- giudicato non idoneo in sede di accertamento monocratico
 affetto da una delle minorazioni o patologie per cui è prescritto l'accesso diretto alla Commissione
 sottoposto a revisione della patente a seguito di provvedimento di Prefettura Motorizzazione Civile

Ha già effettuato in passato visite presso questa Commissione Medica Patenti? SI NO o altra Commissione ? SI NO

In caso affermativo indicare la data dell'ultima visita effettuata _____

Ha mai presentato ricorso avverso il giudizio della Commissione Medica Patenti? SI NO

In caso affermativo in che anno e con quale esito? _____

DICHIARA IN RELAZIONE AGLI STATI PATOLOGICI SOTTO INDICATI CHE :

(Barrare con una "X" Si o NO)

All. III D.Lgs n.59/11 Lett. B) Sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio? (pregresso infarto o intervento cardiocirurgico, angina, aneurisma, aritmie, impianto di pace maker o di defibrillatore , sostituzione di valvola cardiaca, ecc.). Se sì, INDICARE QUALI: (es. pressione alta, anche se normalizzata dal trattamento)	SI	NO
Sussistono patologie dell'apparato respiratorio? (bronco-pneumopatie croniche ostruttive, ecc.) Se sì, INDICARE QUALI: _____	SI	NO
All. III D.Lgs n.59/11 e succ. mod. e Decreto 03.02.2016 - Soffre di sindrome delle apnee notturne (OSAS)?	SI	NO
Soffre o ha mai sofferto: di russamento rumoroso e abituale (tutte le notti), persistente (da più di 6 mesi) e con presenza di pause respiratorie (apnee) e sonnolenza diurna?	SI	NO
All. III D.Lgs n.59/11 Lett. C) Sussiste diabete mellito ? Se sì, SPECIFICARE di quale tipo: <input type="checkbox"/> insulinodipendente <input type="checkbox"/> NON insulinodipendente (trattato con dieta o ipoglicemizzanti orali).	SI	NO
DPR 495/92 appendice II art. 320/C Sussistono altre patologie endocrine ? (ad es.: della tiroide, dei surreni, dell'ipofisi). Se sì, INDICARE QUALI :	SI	NO
DPR 495/92 appendice II art.320/D Soffre o ha sofferto di malattie neurologiche ? (ad es.: morbo di Parkinson, emiparesi, ischemia cerebrale transitoria, sclerosi multipla, ecc.) Se sì, INDICARE QUALI :	SI	NO
All. III D.Lgs n.59/11 Lett. D) Soffre di epilessia o ha mai manifestato crisi epilettiche (o convulsioni) ? Se sì, SPECIFICARE la data di quando si è manifestata l'ultima crisi _____ e la terapia eseguita _____	SI	NO

Azienda Socio Sanitaria Territoriale Monza

sede legale

20900 Monza MB - Via G. Pergolesi, 33 -Tel.039.233.1 Fax 039.233.9775 - www.asst-monza.it P.IVA 09314290967 C.F. 09314290967

SML-MO-103 richiesta di visita e precedenti morbosì rev.3 del 16.01.2020

Pag. 1 di 2



All. III D.Lgs n.59/11 Lett. G) Sussistono (o ha mai sofferto di) turbe o patologie psichiche? (ad es.: ansia, depressione, allucinazioni, ecc.). Se sì, INDICARE QUALI ed in che periodo ne ha sofferto:	SI	NO
D.L.vo 285/92 art. 186 Ha subito sospensioni o revisione della patente per guida in stato di ebbrezza alcolica? Ha subito sospensioni della patente (A PARTE L'ATTUALE) per guida in stato di ebbrezza alcolica negli ultimi cinque anni? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO E' <input type="checkbox"/> o è stato <input type="checkbox"/> in cura presso il NOA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Se sì, SPECIFICARE quando:	SI	NO
D.L.vo 285/92 art. 187 Ha subito sospensioni o revisione della patente per uso di sostanze stupefacenti? Ha subito sospensioni o revisione (A PARTE L'ATTUALE) della patente per uso di sostanze stupefacenti negli ultimi cinque anni? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO E' <input type="checkbox"/> o è stato <input type="checkbox"/> in cura presso il SERT per uso di canapa indiana, ecstasy, eroina, cocaina, anfetamine, LSD od altre droghe di abuso? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Se sì, SPECIFICARE quando: E' in trattamento con metadone? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	SI	NO
E' stato coinvolto, in qualità di conducente, in incidenti stradali di qualsiasi tipo, CON LESIONI FISICHE, anche se dovuti a responsabilità di altri? Ha subito trauma cranico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Se sì, SPECIFICARE quando:	SI	NO
Sussistono malattie del sangue? Se sì, SPECIFICARE QUALI:	SI	NO
DPR 495/92 appendice II art 320/H Soffre di malattie dell'apparato uro-genitale?(Ad es. insufficienza renale cronica) Se sì, SPECIFICARE quali:	SI	NO
Ha assunto farmaci, in particolare nell'ultimo anno? Se sì, INDICARE QUALI, in che periodo ed a quali dosaggi:	SI	NO
E' invalido civile o del lavoro o di guerra o per servizio? se SI specificare per quali malattie ed in quale misura (percentuale)	SI	NO
All. III D.Lgs n.59/11 Lett. A) E' affetto da patologie o deficit visivi (esempio: monocolo, glaucoma, distacco di retina, cheratocono...)? Se sì, INDICARE QUALI porta lenti a contatto? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	SI	NO
E' affetto da patologie o deficit uditivi? Porta protesi acustiche? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	SI	NO
Ha problemi agli arti? Se sì, INDICARE QUALI:	SI	NO

SANZIONI: In caso di DICHIARAZIONE MENDACE si provvederà a sottoporre a revisione la patente di guida con conseguente revoca o sospensione della stessa 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, salvo che non si configurino altre ipotesi di reato.

DATA _____

FIRMA _____

INFORMATIVA PRIVACY AI SENSI DEL REGOLAMENTO 679/2016/UE

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati all'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Monza saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento Generale sulla protezione dei dati personali 679/2016 dell'Unione Europea.

Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatico-digitali.

Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Monza.

L'interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15,16,17,18,20,21 e 22 del Regolamento UE 679/2016.

L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 è reperibile presso l'Azienda e/o consultabile sul sito web dell'ente all'indirizzo www.asst-monza.it

Il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati individuato dall'ASST è l'Avv. Pierpaolo Maio, che può essere contattato ai seguenti recapiti:

e-mail: dpo@asst-monza.it

posta raccomandata a/r al seguente indirizzo: ASST Monza via Pergolesi, n. 33 – 20900 Monza (MB)

fax al seguente numero: 039.233.9775