

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO ANAMNESTICO

(da firmare in presenza della Commissione)

N.B.: Le parti in corsivo corrispondono al modello previsto dal Ministero; le restanti domande o approfondimenti delle domande "Ministeriali" sono proposte dalla C.M.L. Patenti Guida "Roma 3" al fine di raccogliere un'anamnesi più dettagliata e circostanziata.

Il/La sottoscritto/a ..... nato/a a .....

il .....I.....I..... residente in ..... via .....

nell'ambito dell'accertamento medico legale dell' idoneità psicofisica per **CONSEGUIMENTO / CONFERMA**

(specificare) della patente di guida di cui alla categoria

**A / B / C / D / E / K / NAUTICA**

### D I C H I A R A

ai Sanitari della C.M.L. Patenti di Guida "Roma 3", in relazione agli stati patologici di seguito elencati, che :

(Barrare SI o NO)

SUSSISTONO PATOLOGIE DELL' APPARATO CARDIO-CIRCOLATORIO E /O VASCOLARE (Es.: ipertensione, anche se normalizzata dal trattamento; pregresso infarto; angina; pregresso intervento cardiocirurgico; aneurisma; aritmie)? <i>Se si, INDICARE QUALI:</i>	SI	NO
SUSSISTE DIABETE MELLITO <i>Se si, SPECIFICARE se:</i> <i>Insulinodipendente</i> <input type="checkbox"/> <i>Trattato con dieta o ipoglicemizzanti orali</i> <input type="checkbox"/>	SI	NO
SOFFRE (HA MAI SOFFERTO) DI MALATTIE NEUROLOGICHE (es. morbo di Parkinson, emiparesi, ischemia cerebrale, sclerosi multipla, ecc.)? <i>Se si, INDICARE QUALI:</i>	SI	NO
SUSSISTONO (HA MAI SOFFERTO) DI TURBE E/O PATOLOGIE DELLA SFERA PSICHICA (es. ansia, depressione, allucinazioni, ecc.)? <i>Se si, SPECIFICARE QUALI</i> ed in che periodo ne ha sofferto:	SI	NO
E' ATTUALMENTE (E' STATO) IN CURA CON TRANQUILLANTI, ANTIDEPRESSIVI, BARBITURICI, SONNIFERI E/O ALTRI FARMACI PSICOTROPI ( <i>Fa uso di sostanze psicoattive? - questa domanda comprende anche le due che seguono</i> ) <i>Se si, INDICARE QUALI</i> , in che periodo ed a quali dosaggi:	SI	NO
HA MAI AVUTO PROBLEMI RELATIVI AD ABUSO DI ALCOOLICI (ad esempio guida in stato di ebbrezza)? <i>Se si, SPECIFICARE</i> quale tipo ed in che periodo:	SI	NO
HA FATTO USO DI SOSTANZE STUPEFACENTI (CANAPA INDIANA, ECTASY, EROINA, AMFETAMINE, LSD O ALTRE DROGHE)? <i>Se si, SPECIFICARE:</i>	SI	NO
HA MAI SUBITO UN TRAUMA CRANICO? <i>Se si, SPECIFICARE</i> quando	SI	NO
SOFFRE DI EPILESSIA E/O HA MAI MANIFESTATO IN PASSATO CRISI EPILETTICHE O CONVULSIONI? <i>Se si, specificare</i> data ultimo episodio ( <i>quando si è manifestata l' ultima</i> ) ... .. <i>Se si, SPECIFICARE</i> la terapia seguita	SI	NO
NEGLI ULTIMI CINQUE ANNI E' MAI STATO COINVOLTO COME GUIDATORE IN INCIDENTI DEL TRAFFICO DI QUALSIVOGLIA NATURA, ANCHE SE DOVUTI A RESPONSABILITA' ALTRUI? <i>Se si, SPECIFICARE</i> in quale epoca	SI	NO
SUSSISTONO (SOFFRE) DI MALATTIE DEL SANGUE? <i>Se si, SPECIFICARE quali:</i>	SI	NO

SUSSISTONO (SOFFRE) DI MALATTIE DELL' APPARATO UROGENITALE? (Es.: Insufficienza renale cronica, ecc.) <i>Se si, SPECIFICARE quali:</i>	SI	NO
ASSUME (AH ASSUNTO PER PIU' DI UNA SETTIMANA NELL'ULTIMO ANNO ALTRE MEDICINE OLTRE A QUELLE GIA' DICHIARATE? <i>Se si, INDICARE QUALI, in che periodo ed a quali dosaggi:</i>	SI	NO
HA PROBLEMI DI VISTA NON CORREGGIBILI CON LENTI? <i>Se si, INDICARE QUALI</i>	SI	NO
PORTA LENTI A CONTATTO?	SI	NO
HA PROBLEMI DI UDITO?	SI	NO
SUSSISTONO PATOLOGIE A CARICO EGLI ARTI ? (es.: amputazioni, agenesia amelia, protesi, anchilosi o gravi limitazioni articolari, ecc.). <i>Se si, INDICARE QUALI</i>	SI	NO
PORTA PROTESI ACUSTICHE?	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 configuri ipotesi di reato.

## **DICHIARAZIONE AI SENSI DELLA LEGGE SULLA PRIVACY**

Ai sensi del Decreto Legge n. 196 del 30/6/2003 (cosiddetta "**Legge sulla privacy**"), vengo informato del fatto che i dati personali e riguardanti le mie condizioni di salute emersi a seguito della presente visita, tutelati dal segreto d'Ufficio, saranno archiviati, per disposizioni di Legge, e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche. Saranno trasmessi ai competenti uffici della Motorizzazione Civile e dei Ministeri competenti, a loro volta vincolati dall'obbligo del segreto d'ufficio, per gli adempimenti di competenza previsti dalla Legge. Nel caso in cui siano diagnosticate patologie incompatibili con la detenzione di armi eventualmente possedute, ne sarà data comunicazione ai competenti Uffici di Polizia. Con la presente ... (\*) autorizzo tale comunicazione. Ai sensi dell'autorizzazione del Garante n. 2/2000 le esigenze di prevenzione e di tutela dell'incolumità fisica e della salute di un terzo o della collettività consentono comunque il trattamento (comprendente la comunicazione) anche qualora il consenso non sia prestato.

Il sottoscritto ..... (\*) autorizza il personale dell'Azienda U.S.L. Roma B e della C.M.L. Patenti di Guida "Roma 3", se lo riterrà necessario, ad esaminare ed estrarre copia della documentazione sanitaria che lo riguarda, conservata presso strutture pubbliche. Inoltre ..... (\*) autorizza l'inserimento dei dati personali e riguardanti le proprie condizioni di salute emersi nel corso della presente visita in una cartella clinica medico legale che sarà esaminata dal personale autorizzato e vincolato all'obbligo del segreto d'Ufficio ad ogni richiesta di benefici di qualsiasi natura presentata a strutture del Servizio Sanitario pubblico. Infine ..... (\*) autorizza la comunicazione di dati riguardanti le proprie condizioni invalidanti ai competenti organismi del Ministero dell'Economia e Finanze e dell'I.N.P.S. per l'avvio di procedure di revisione del grado di invalidità, se l'attuale quadro clinico risulterà variato rispetto alla certificazione di invalidità prodotta e del Comune di Roma per quanto riguarda la persistenza delle condizioni che hanno dato luogo al rilascio del contrassegno auto per disabili motori eventualmente posseduto. Le informazioni di cui alla citata Legge sono affisse nella sala d'attesa dell'Ambulatorio della Commissione Medico-Legale.

**(\*) INDICARE "NON" IN CASO DI NEGATA AUTORIZZAZIONE.**

**Data** ... ..

**Firma** ... ..