

Alla Commissione Medica Locale Patenti di Guida
A.S.L. TO1

via Farinelli, 25
10135 - TORINO

Il sottoscritto _____

Nato a _____ prov. (_____) il _____

Residente a _____ CAP _____

Via _____ n° _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefono

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CHIEDE

Rinnovo revisione

di essere sottoposto a visita medica per _____ della patente

conseguimento duplicato

data _____

firma _____

A CHI SI RIVOLGE AL SERVIZIO DI MEDICINA LEGALE DELL’A.S.L. TO1

Una recente legge dello Stato (D.Lgs 196/2003) ci impone di chiedere il consenso scritto alla raccolta e alla gestione dei dati personali (anagrafiche sanitari) necessari al fine di fornire le prestazioni sanitarie e per i connessi adempimenti di carattere amministrativo (ad esempio l’archiviazione delle schede cliniche e la trasmissione dei dati all’Ente richiedente ovvero al datore di lavoro o ai competenti Uffici Pubblici).

Si precisa che è comunque diritto dell’interessato ottenere dall’A.S.L. TO1 la conferma della esistenza o meno dei dati personali che lo riguardano, nonché la logica e le finalità di ogni utilizzo di questi dati ed ogni loro eventuale modifica, avendo anche il diritto di opporsi in tutto o in parte al trattamento degli stessi.

CONSENSO SCRITTO AL TRATTAMENTO

DEI DATI SANITARI PERSONALI

(Art. 23 D.Lgs 196/2003)

Il sottoscritto _____
debitamente informato riguardo al trattamento dei propri dati personali (art.13, D.Lgs 196/2003), esprime il proprio consenso nei limiti delle finalità inerenti la prestazione sanitaria fornita. (art. 13, D. Lgs 196/2003).

Torino, _____

(firma)

DELEGA AL RITIRO DELLA CERTIFICAZIONE

Il sottoscritto _____

DELEGA

IL Sig. _____

Al ritiro della certificazione richiesta.

Torino, _____

(Firma)

DICHIARA

(DA FIRMARE IN PRESENZA DEL MEDICO ESAMINATORE)

in relazione agli stati patologici di seguito elencati, che:

- sussistono patologie dell'apparato cardiocircolatorio SI NO
(se SI quali _____)
- sussiste diabete _____ SI NO
(se SI specificare se insulino-dipendente) SI NO
- sussistono altre patologie endocrine SI NO
(se SI quali _____)
- sussistono turbe o patologie psichiche SI NO
(se SI quali _____)
- fa uso di sostanze psicoattive SI NO
(se SI quali _____)
- soffre di epilessia o ha manifestato crisi epilettiche SI NO
(se SI specificare quando si è manifestata l'ultima _____)
- sussistono malattie del sangue SI NO
(se SI quali _____)
- sussistono malattie dell'apparato uro-genitale SI NO
(se SI quali _____)

Torino, _____

_____ (firma)

In caso di dichiarazione mendace si provvederà a sottoporre a revisione la patente di guida con conseguente revoca della stessa ai sensi degli articoli 128, 129 e 130 del Codice della Strada, così come modificati dagli articoli 9,10 e 11 del DPR 19 aprile 1994, n° 575, salvo che non si configuri ipotesi di reato.

**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE PIEMONTE
A.S.L. TO1
Via Farinelli, 25
10135 – TORINO**

COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI GUIDA

**DOCUMENTI OCCORRENTI PER IL RILASCIO DEL CERTIFICATO
MEDICO USO RINNOVO/REVISIONE/DUPLICATO
DELLA PATENTE DI GUIDA**

- 1) Attestazione del versamento di euro 18.59 sul c/c postale n° 40144107 intestato a **“Azienda Sanitaria Regionale A.S.L. TO1 – Commissione Medica Locale patenti di guida – Servizio Tesoreria – via S. Secondo, 29 – 10128 Torino”**. Se la commissione è integrata con l’ingegnere della MCTC o/e con lo specialista alcologo occorre integrare euro 6.20 per ogni figura.
- 2) attestazione di versamento di euro 9.00 su c/c Postale n° 9001 intestato a **“Dipartimento dei Trasporti Terrestri – diritti - ROMA”**;
- 3) codice fiscale;
- 4) Patente di guida in caso di rinnovo e revisione, carta d’identità in caso di conseguimento o duplicato;
- 5) Marca da bollo da euro 14.62