

DOMANDA DA COMPILARE IN OGNI PARTE CON ALLEGATE:

| | |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RILASCIO DUPLICATO REVISIONE | FOTOCOPIA LEGGIBILE di un documento d'identità valido - ATTESTAZIONE di versamento € 16,00 (ccp 4028)) intestati alla Motorizzazione Civile (bollettini reperibili presso gli Uffici Postali) - N. 1 FOTOGRAFIA (formato uso passaporto) su fondo bianco FOTOCOPIA LEGGIBILE del provvedimento di revisione da parte di Prefettura, Forze dell'Ordine o Motorizzazione Civile(solo per revisione) |
| RINNOVO | FOTOCOPIA LEGGIBILE della patente LE ATTESTAZIONI dei versamenti di € 10,20 (ccp 9001) e € 16,00 (ccp 4028) intestati alla Motorizzazione Civile (bollettini reperibili presso gli Uffici Postali) N. 1 FOTOGRAFIA (formato uso passaporto) su fondo bianco |

Il/la Sig. _____ nato/a _____ il _____
 C.F. _____ e-mail _____
 Tel. _____ Cell. _____ Altezza _____ peso _____
 Residente _____ (cap) _____ Via _____
 Domicilio _____ (cap) _____ Via _____

CHIEDE LA VISITA MEDICA PER LA PATENTE CHE SCADA IL _____

- RILASCIO**
 REVISIONE
 RINNOVO
 RILASCIO / RINNOVO ATTESTATO
 Duplicato
 Cambio categoria

| | | | | | | | | | | | |
|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------------|
| CATEGORIA | A | B | C | D | E | CAP | AS | BS | CS | AM | Nautica |
|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------------|

| MALATTIE | MOTIVAZIONI |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabete <input type="checkbox"/> Malattie del cuore <input type="checkbox"/> Epilessia <input type="checkbox"/> Malattie del sangue e degli organi ematopoietici <input type="checkbox"/> Malattie dei vasi sanguigni <input type="checkbox"/> Malattie dell'apparato respiratorio <input type="checkbox"/> Sindrome delle apnee ostruttive nel sonno (OSAS) <input type="checkbox"/> Malattie endocrine <input type="checkbox"/> Trapianto organi <input type="checkbox"/> Insufficienza renale <input type="checkbox"/> Malattie psichiche o uso di psicofarmaci <input type="checkbox"/> Malattie degli occhi / monocoli / glaucoma | <input type="checkbox"/> Limiti di età patenti di cat. superiore <input type="checkbox"/> Patenti cat. Superiore (C-D-E-CE-DE-CAP-BE) <input type="checkbox"/> Limiti di età: 80 anni e oltre <input type="checkbox"/> Invalidità civile / Inail <input type="checkbox"/> Guida con occhiali / lenti a contatto <input type="checkbox"/> Incidenti stradali <input type="checkbox"/> Uso inadeguato di alcool <input type="checkbox"/> Uso stupefacenti <input type="checkbox"/> Uso inadeguato di alcool e stupefacenti |

VISITE CHE VENGONO EFFETTUATE DI MARTEDI' E/O GIOVEDI'

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Malattie neurologiche (mctc) <input type="checkbox"/> Malattie reumatologiche (mctc) | <input type="checkbox"/> Minorati degli arti (mctc) <input type="checkbox"/> Sordità civile / ipoacusia (minorati udito) |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Nessuno dei precedenti casi (La Commissione si riserva di richiedere tutte le visite specialistiche che riterrà opportuno)

E' già stato in COMMISSIONE PATENTI? **NO** **SI** In data _____ Provincia _____

Ai sensi della D.L.gs. del 30-06/03 n. 196, nonché Aut. N° 2/30.06.2004, s'informa che tutti i dati personali inerenti alla S.V. che sono stati acquisiti da questa struttura sanitaria, in relazione alle prestazioni richieste, saranno trattati in ossequio alla normativa vigente e alle regole deontologiche. Si rammenta inoltre che le modalità e le procedure adottate da questa sede sono attuate in conformità delle disposizioni emanate dal Codice della Strada.

FIRMA leggibile del genitore

FIRMA leggibile dell'interessato
 (nel caso di minore firma **anche** del genitore)

DATA _____

COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI PROVINCIA DI PADOVA
ANAMNESI SANITARIA PER IL RILASCIO /RINNOVO DELLA PATENTE DI GUIDA
 (artt. 47 e 76 – DPR 445 del 28.12.2000)

Il/la sottoscritto/a Sig. _____

IN RELAZIONE AGLI STATI PATOLOGICI SOTTO INDICATI **DICHIARA CHE:**

| | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| A | soffre o ha sofferto di diabete In terapia con: <input type="checkbox"/> regime dietetico <input type="checkbox"/> ipoglicemizzanti orali <input type="checkbox"/> insulina | SI | NO |
| B | soffre o ha sofferto di patologie dell' apparato circolatorio (esempio: infarto miocardio, angina, presenza di pacemaker, aritmia, aneurisma, endocardite; pregresso intervento cardiaco di: by-pass, protesi valvolari, trapianto cardiaco) Se sì quali : | SI | NO |
| C | soffre o ha sofferto di epilessia | SI | NO |
| D | soffre o ha sofferto di malattie del sangue es.: leucemia, anemia, trombocitopenia | SI | NO |
| E | soffre o ha sofferto di malattie dell'apparato respiratorio Fa uso di ossigenoterapia? Se sì quantificare ore al giorno | SI | NO |
| F | soffre o ha sofferto di sindrome delle apnee ostruttive nel sonno (OSAS) | SI | NO |
| G | soffre o ha sofferto di patologie endocrine (esempio: tiroide, ipofisi, surrene) | SI | NO |
| H | soffre o ha sofferto di malattie dell'apparato urogenitale (malattie renali) <input type="checkbox"/> è in trattamento dialitico <input type="checkbox"/> ha effettuato trapianto renale | SI | NO |
| I | soffre o ha sofferto di malattie del sistema nervoso centrale o periferico : <input type="checkbox"/> encefalite <input type="checkbox"/> sclerosi multipla <input type="checkbox"/> miastenia grave <input type="checkbox"/> malattia con atrofia muscolare <input type="checkbox"/> malattie del sistema nervoso associate ad atrofia muscolare progressiva e/o disturbi miotonici <input type="checkbox"/> malattie del sistema del sistema nervoso centrale o periferico <input type="checkbox"/> postumi invalidanti di traumatismi del sistema nervoso centrale o periferico | SI | NO |
| L | soffre o ha sofferto di malattie psichiche | SI | NO |
| M | fa uso, attuale o in passato, di sostanze psicoattive se sì quali: <input type="checkbox"/> droghe <input type="checkbox"/> psicofarmaci <input type="checkbox"/> alcool (anche solo occasionale alla guida) | SI | NO |
| N | Malattie degli occhi: <input type="checkbox"/> glaucoma <input type="checkbox"/> monocolo <input type="checkbox"/> altro | SI | NO |
| O | Soffre ha sofferto di altre patologie Se sì quali | SI | NO |
| Ha subito incidenti stradali, infortuni sul lavoro, traumi accidentali (esempio: traumi cranici) Se sì quali : | | SI | NO |
| E' stato riconosciuto invalido a qualsiasi titolo (civile, INPS, INAIL, guerra, per cause di servizio)? | | SI | NO |
| E' stato mai ricoverato ? se sì quando? : | | SI | NO |
| Utilizza protesi acustiche <input type="checkbox"/> orecchio dx <input type="checkbox"/> orecchio sx | | SI | NO |

Il sottoscritto afferma di aver fornito alla Commissione informazioni veritiere in merito ai dati anamnestici di cui sopra, e di essere stato reso edotto che in caso di dichiarazione mendace la stessa visita medica cui è stato sottoposto risulta falsata e pertanto si provvederà a sottoporre a revisione la relativa patente di guida, con conseguente revoca o sospensione della stessa ai sensi degli art. 128, 129, 130 del C.d.S., salvo che non si configuri ipotesi di reato.

Si richiama sin d'ora l'attenzione sugli effetti che possono derivare al richiedente in caso di dichiarazione incompleta o non veritiera.

FIRMA leggibile del genitore

FIRMA leggibile dell'interessato
(nel caso di minore firma anche del genitore)

DATA _____

AZIENDA U.L.S.S. N. 6 EUGANEA

INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER ACCERTAMENTO IDONEITA' ALLA GUIDA

(ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679)

Gentile Signora/Signore,

La presente Informativa in merito al trattamento di dati personali in occasione dell'ACCERTAMENTO IDONEITA' ALLA GUIDA viene resa dall'Azienda ULSS 6 Euganea ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/67 "GDPR".

TITOLARE DEL TRATTAMENTO:

L'AZIENDA ULSS 6 EUGANEA, con sede legale in Via E. degli Scrovegni n. 14 – 35131 Padova – CF e PIVA 00349050286 – www.aulss6.veneto.it - protocollo.aulss6@pecveneto.it - in qualità di TITOLARE del trattamento, ne determina finalità e mezzi ed è responsabile nei Suoi confronti del legittimo e corretto uso dei dati personali e particolari da Lei direttamente forniti o rinvenuti presso l'archivio INVALIDI, all'archivio ESENZIONE TICKET, all'archivio VISITE FISCALI, all'archivio VISITE ED ACCERTAMENTI AMBULATORIALI e all'archivio RICOVERI di questa Azienda nonché agli archivi sanitari di altre strutture pubbliche e private convenzionate e delle Commissioni Patenti di altre Province.

SOGGETTO CHE VIGILA SUL RISPETTO DELLE DISPOSIZIONI SULLA PROTEZIONE DEI DATI:

Il Titolare ha nominato il **Responsabile della Protezione dei Dati (RPD)**, ai sensi dell'art. 37 del GDPR, nella persona della **dr.ssa Chiara Zambon**, AULSS 6 Euganea – Via E. degli Scrovegni n. 14 – 35031 Padova - indirizzo email: prd@aulss6.veneto.it – telefono 049 8214137.

FINALITÀ DEL TRATTAMENTO E BASE GIURIDICA

I Suoi dati personali e "particolari" (quali ad esempio quelli idonei a rivelare lo stato di salute) e quelli eventualmente relativi ai Suoi familiari (in caso di minori) saranno trattati esclusivamente per le seguenti finalità:

1. **ATTIVITA' CERTIFICATORIE relative all'accertamento di idoneità alla guida**
2. **ATTIVITA' AMMINISTRATIVE CORRELATE A QUELLE DI PREVENZIONE**
3. **ATTIVITA' DI PREVENZIONE:**

Per le finalità 1-2-3 la base giuridica del trattamento è costituita dall'esecuzione di un compito di interesse pubblico.

NATURA DEL CONFERIMENTO DEI DATI E CONSEGUENZE SUL MANCATO CONFERIMENTO

Il conferimento dei Suoi dati personali, anche particolari, è necessario per le finalità di cui ai punti 1,2,3 pertanto il rifiuto a fornire i Suoi dati comporta l'impossibilità dell'AULSS 6 di effettuare le attività precedentemente descritte.

A CHI COMUNICHIAMO I SUOI DATI

I dati relativi al Suo stato di salute non sono oggetto di diffusione, cioè non possono essere resi noti ad un numero indeterminato di soggetti.

Vengono comunicati, nei casi previsti da norme di Legge o di Regolamento, a soggetti pubblici e privati, Enti ed Istituzioni per il raggiungimento delle rispettive finalità:

- a) alla Motorizzazione Civile (limitatamente a quanto previsto dall'art. 330, comma 11, del DPR 495/1992, come modificato dall'art. 188 del DPR 610/1996;
- b) alla Prefettura e all'Ufficio competente del Dipartimento per i Trasporti Terrestri, limitatamente a quanto previsto dall'art. 186 del D.Lvo 285/1992 (Guida in stato di ebbrezza e di alterazione psico-fisica per uso di sostanze stupefacenti);
- c) All'Ufficio Centrale Operativo del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti

In tutti i casi in cui un soggetto esterno nello svolgimento di attività tratti dati personali per conto dell'Azienda Sanitaria, tale trattamento si svolge sulla base di un contratto che ne costituisce la base giuridica e tali soggetti sono individuati "Responsabili del Trattamento" ai sensi dell'art. 28 del GDPR.

TRASFERIMENTO DEI SUOI DATI VERSO UN PAESE TERZO E/O UN'ORGANIZZAZIONE INTERNAZIONALE

I dati personali trattati nel seguente procedimento non vengono trasferiti all'estero.

PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI SUOI DATI

Per la determinazione del periodo di conservazione dei dati personali, presenti nei documenti amministrativi e sanitari si fa riferimento al Massimario di Conservazione e Scarto pubblicato nel sito web aziendale www.aulss6.veneto.it nella sezione "Sistema Aziendale Privacy". In particolare i dati personali e particolari relativi a ciascun episodio di ricovero, che confluiscono nella cartella clinica, sono conservati per un periodo di tempo illimitato.

I SUOI DIRITTI IN QUALITÀ DI SOGGETTO INTERESSATO

Lei ha il diritto (artt. 15 - 22 del GDPR) di chiedere all'Azienda di accedere ai Suoi dati personali e di rettificarli se inesatti, di cancellarli o limitarne il trattamento, se ne ricorrono i presupposti, nonché di ottenere la portabilità dei dati da Lei forniti, solo se oggetto di un trattamento automatizzato basato sul Suo consenso o sul contratto. Lei ha altresì il diritto di revocare il consenso prestato per le finalità di trattamento che lo richiedono, ferma restando la liceità del trattamento effettuato sino al momento della revoca.

Lei potrà esercitare i diritti sopra indicati contattando l'Ufficio Privacy inviando un'e-mail all'indirizzo privacy@aulss6.veneto.it.

La modulistica per l'esercizio dei diritti è pubblicata nel sito web aziendale www.aulss6.veneto.it nella sezione "Sistema Aziendale Privacy".

Lei ha anche il diritto di proporre reclamo, ai sensi dell'art. 77 del GDPR, al Garante per la Protezione dei dati personali.

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____
residente nel Comune di _____
in Via _____

A seguito della richiesta di visita presso la Commissione Medica Locale di Padova, per ottenere il certificato di idoneità alla guida;

Viste le norme in materia di trattamento dei dati personali di cui al Regolamento UE 2016/679 art. 13 e 14.

DICHIARA

1) di autorizzare la Commissione Medica Locale all'iter procedurale per l'espletamento della richiesta e ad acquisire tutti gli elementi di conoscenza occorrenti, anche se ciò comporterà la comunicazione dei dati personali ad altri dipendenti di strutture pubbliche o private, in ogni caso tenuti al segreto d'ufficio o professionale;

2) di aver preso visione delle "Informazioni utili" allegata alla presente domanda.

FIRMA leggibile del genitore

FIRMA leggibile dell'interessato
(nel caso di minore firma anche del genitore)

Data _____