

Il sottoscritto **cognome:**.....**nome:**.....  
 Nato a.....il.....  
 Residente a.....in via/corso.....n°.....CAP.....  
 Domiciliato a.....in via/corso.....n°.....CAP.....  
**(inserire nel domicilio l'indirizzo di spedizione della patente se diverso dalla residenza)**  
 Codice fiscale.....  
 Carta di identità N°.....rilasciata da.....il.....scadenza.....  
 Patente N°.....rilasciata da.....il.....scadenza.....  
 e-mail di riferimento.....  
 n. cellulare.....

CHIEDE (inserire la X)

- RINNOVO       RILASCIO       REVISIONE       DUPLICATO/CONVERSIONE  
 RINNOVO PATENTE SUPERIORE+ATTESTATO ANNUALE       SOLO ATTESTATO ANNUALE

**Patente:**  normale  speciale  nautica

**Categoria:**

AM	A1	A2	A	B1	B	BE	C1	C1E	C	CE	D1	D1E	D	DE	KB
----	----	----	---	----	---	----	----	-----	---	----	----	-----	---	----	----

Dichiara a tale scopo

- Di aver avuto in passato una segnalazione per art. 186 alcol :  S I  NO o art. 187 CDS sostanze stupefacenti:  S I  NO

**ALLEGARE DECRETO PREFETTIZIO (IN CASO DI REVISIONE ART. 186 O 187) O LETTERA DELLA  
MOTORIZZAZIONE IN CASO DI REVISIONE DISPOSTA DALLA MOTORIZZAZIONE**

- Di essere già stato visitato presso la Commissione Patenti di Torino  SI  NO

**ALLEGARE L'ULTIMO CERTIFICATO MEDICO CON DIAGNOSI (NO LA RICEVUTA DI TRASMISSIONE) SE  
VALUTATO PRESSO ALTRA COMMISSIONE**

SI PREGA DI ALLEGARE ALLA PRESENTE DOMANDA I SEGUENTI DOCUMENTI IN FORMATO PDF:

- CARTA D'IDENTITA'
- PATENTE DI GUIDA tranne i casi di mancato possesso per rilascio/sospensione
- CODICE FISCALE

**DELEGO** alla gestione della pratica suddetta **(per le agenzie/autoscuole inserire il timbro e la firma dell'incaricato)**

**\*\*NON SI ELABORANO DOMANDE INCOMPLETE SENZA FOTO TESSERA E FIRMA NEGLI APPOSITI SPAZI\*\***

APPORRE  
FOTO  
TESSERA

FIRMARE DENTRO IL RETTANGOLO SENZA USCIRE DAI BORDI

<b>PATOLOGIE (inserire la X)</b>	<b>DOCUMENTAZIONE DA FORNIRE IL GIORNO DELLA VISITA</b>
sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> (se Si quali.....)	Visita cardiologica + ecocardiogramma, in caso di pacemaker/defibrillatore anche il controllo
soffre di epilessia o ha manifestato crisi epilettiche <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> (se Si specificare quando si è manifestata l'ultima.....)	Certificazione neurologica su apposito modulo
sussistono patologie del sistema nervoso <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> (se Si quali.....)	Visita neurologica
sussiste diabete <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> (se Si quali.....)	Visita diabetologica su apposito modulo
sussistono altre patologie endocrine <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> (se Si quali.....)	Visita specialistica
sussistono turbe e/o patologie psichiche <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> (se Si quali.....)	Visita psichiatrica con indicazione di diagnosi e terapia
fa uso di sostanze psicoattive <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> (se Si quali.....)	Esami secondo impegnativa rilasciata
sussistono patologie del sistema respiratorio <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> (se Si quali.....)	Visita specialistica
Sussiste sindrome delle apnee notturne <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> (se Si quali.....)	Certificazione specialistica su apposito modulo
sussistono malattie dell'apparato uro-genitale <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> (se Si quali.....)	Visita specialistica
sussistono patologie visive es: glaucoma, cheratocono ecc... <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> ( se Si quali.....)	Visita specialistica con campo visivo binoculare secondo Estermann
sussistono patologie uditive/arti <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/>	Certificazione della ditta produttrice in caso di protesi
Sussistono malattie del sangue <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> ( se Si quali.....)	Visita specialistica
è invalido civile o del lavoro o di guerra o per servizio <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> (se Si specificare per quali malattie ed in quale misura (%/Tab.) (.....))	Verbale d'invalidità

- \*La documentazione sanitaria non deve essere anteriore a 6 mesi.**
- \*La certificazione neurologica per epilessia non anteriore a 3 mesi.**
- \*La visita diabetologica non anteriore a 3 mesi.**
- \*La documentazione sanitaria deve essere in originale e in copia che verrà trattenuta dalla Commissione.**

Data.....

Firma.....

## INFORMATIVA

### Ai sensi del Regolamento Europeo n. 2016/679 del 27/04/2016 di seguito GDPR - D.Lgs 196/2003 e s.m.i.

Le categorie particolari di dati personali, di cui all'art. 9 1° comma del Regolamento EU GDPR 679/2016 (personali es.: dati anagrafici, domicilio, residenza, cod. fisc. IBAN, stato civile, professione, rec. telefonico, indirizzo di posta elettronica personale – sensibili es.: dati sanitari, stato di salute, stile di vita, orientamento sessuale, etnia, religione, adesione a partiti politici e a sindacati – giudiziari) e conferiti a questa struttura, sono trattati esclusivamente per finalità istituzionali (prevenzione, cura e riabilitazione) in capo alla **S.C. Medicina Legale Torino** e per finalità amministrative correlate.

Il conferimento dei succitati dati è obbligatorio per poter effettuare le prestazioni richieste e/o necessarie per la tutela della salute e lo svolgimento dell'attività sanitaria-assistenziale. Dati incompleti o mancanti possono comportare alta possibilità di errore, con conseguenti danni per l'utente, nonché l'impossibilità da parte del personale addetto di gestire l'attività a cui è preposto.

Il mancato conferimento dei succitati dati, con l'eccezione dei trattamenti urgenti e quelli disposti da autorità pubblica (sindaco, autorità giudiziaria, ecc.) comporta l'impossibilità di erogare la prestazione sanitaria.

I trattamenti dei dati sono effettuati da personale autorizzato; tutti gli operatori sono tenuti al rispetto della normativa di legge per quanto attiene la riservatezza dei dati trattati.

I dati saranno conservati per il tempo necessario previsto dalle vigenti norme di legge e regolamentari (es. visite monocratiche: idoneità alla guida autoveicoli e natanti, SRC, porto e detenzione d'armi, ecc. 5 anni)

I dati sono trattati con strumenti sia cartacei che elettronici nel rispetto dei principi e delle regole concernenti le misure adeguate di sicurezza per evitare rischi di perdita, distruzione o accesso non autorizzato.

I dati personali in ambito sanitario di cui all'art. 9 possono essere oggetto di comunicazione per le finalità istituzionali e nei limiti consentiti dalla normativa. I dati forniti potranno essere comunicati nelle sole parti essenziali, per ottemperare ad obblighi e finalità amministrative, ispettive, investigative e/o di legge degli organismi preposti, in base alla tipologia dell'accertamento (Enti del SSN, Ministero della Salute, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Commissione medica ospedaliera – Ministero della Difesa, Organi di vigilanza in materia sanitaria, Città di Torino, INPS, INAIL, autorità giudiziarie: Tribunali - Prefettura – Questura ecc.) ed altri enti/società/associazioni formalmente autorizzate al trattamento dati.

Gli interessati possono esercitare, con le limitazioni previste dall'art. 23 e nel rispetto della normativa nazionale vigente, i diritti previsti dagli artt. da 15 a 22 del GDPR 2016/679:

diritto di accesso (art.15), diritto di rettifica (art.16), diritto alla cancellazione (art.17), diritto di limitazione del trattamento (art.18), diritto connesso all'obbligo del titolare di notifica in caso di rettifica o cancellazione dei dati personali o limitazioni di trattamento (art.19), diritto alla portabilità dei dati (art.20), diritto di opposizione (art.21), diritto connesso con il processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione (art.22).

L'Azienda, sulla base dei suddetti dati così conferiti, non effettua profilazione degli utenti e non trasferisce dati al di fuori dell'Unione Europea ad eccezione di quanto indicato dall'autorità garante per la protezione dei dati personali.

Il titolare del trattamento dei dati è l'A.S.L. Città di Torino – sede legale Via San Secondo n. 29 –

Torino; Il responsabile dei dati (RDS) è il Direttore della S.C. Medicina Legale Torino, Dott. Roberto

TESTI;

Il responsabile della protezione dei dati (RPD) è la Dott.ssa Filomena POLITO (mail: [dpo@aslcitytorino.it](mailto:dpo@aslcitytorino.it))

. Al titolare e al responsabile della protezione dati (RPD), l'interessato si potrà rivolgere per far valere i propri diritti così come previsto dall'art. 12 del GDPR 2016/679, attraverso l'invio di una richiesta ad uno dei seguenti indirizzi: PEC – [medicina.legale@pec.aslcitytorino.it](mailto:medicina.legale@pec.aslcitytorino.it) // Posta elettronica – [urp@aslcitytorino.it](mailto:urp@aslcitytorino.it)

### **.CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI**

.Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

.

.presa visione e compreso il significato dell'informativa soprastante, ai sensi del G.D.P.R. 216/679, artt. 13 e 14 e ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs n. 196/2003 e s.m.i. sulla protezione dei dati, consapevole della necessità da parte dell'ASL Città di Torino 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 **PRESTO IL CONSENSO** al trattamento dei miei dati personali, compresi i dati di cui all'art. 9 del predetto Regolamento (tra i quali quelli relativi alla mia salute).

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_