

ALLA COMMISSIONE PATENTI DI GUIDA
ASL CITTA' DI TORINO
VIA FARINELLI 25 – TO
prenotazione.cml@aslcitytorino.it

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

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 : SI NO o art. 187 CDS sostanze stupefacenti: SI NO
- Di essere già stato visitato presso la Commissione Patenti di Torino SI NO (se valutato presso altra Commissione Patenti allegare l'ultimo verbale rilasciato con diagnosi NO la ricevuta di trasmissione)
- Di aver compilato la retrostante dichiarazione anamnestica in modo completo e veritiero
- Di impegnarsi a presentare il giorno della visita medica la documentazione sanitaria richiesta

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

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

- COPIA CARTA DI IDENTITA' O ALTRO VALIDO DOCUMENTO
- COPIA PATENTE DI GUIDA
- COPIA CODICE FISCALE
- DECRETO PREFETTIZIO (IN CASO DI REVISIONE ART. 186 O 187) O LETTERA DELLA MOTORIZZAZIONE IN CASO DI REVISIONE DISPOSTA DALLA MOTORIZZAZIONE
- PRECEDENTE VERBALE DI VISITA SE RILASCIATO DA ALTRA COMMISSIONE (NO LA RICEVUTA DI TRASMISSIONE)

L'interessato dichiara inoltre che

| PATOLOGIE (inserire la X) | DOCUMENTAZIONE DA FORNIRE IL GIORNO DELLA VISITA |
|--|---|
| sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio Si <input type="checkbox"/> No <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 Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (se Si specificare quando si è manifestata l'ultima.....) | Certificazione neurologica su apposito modulo |
| sussistono patologie del sistema nervoso Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (se Si quali.....) | Visita neurologica |
| sussiste diabete Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (se Si quali.....) | Visita diabetologica su apposito modulo |
| sussistono altre patologie endocrine Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (se Si quali.....) | Visita specialistica |
| sussistono turbe e/o patologie psichiche Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (se Si quali.....) | Visita psichiatrica con indicazione di diagnosi e terapia |
| fa uso di sostanze psicoattive Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (se Si quali.....) | Esami secondo impegnativa rilasciata |
| sussistono patologie del sistema respiratorio Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (se Si quali.....) | Visita specialistica |
| Sussiste sindrome delle apnee notturne Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (se Si quali.....) | Certificazione specialistica su apposito modulo |
| sussistono malattie dell'apparato uro-genitale Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (se Si quali.....) | Visita specialistica |
| sussistono patologie visive es: glaucoma, cheratocono ecc... Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (se Si quali.....) | Visita specialistica con campo visivo binoculare secondo Estermann |
| sussistono patologie uditive/arti Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Certificazione della ditta produttrice in caso di protesi |
| Sussistono malattie del sangue Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (se Si quali.....) | Visita specialistica |
| è invalido civile o del lavoro o di guerra o per servizio Si <input type="checkbox"/> No <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 30 giorni.**

***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 l'Avv. Stefano COMELLINI (mail: comellini@comellini.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.aslcittaditorino.it // Posta elettronica – urp@aslcittaditorino.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 _____

APPORRE
FOTO
TESSERA

Firmare dentro il rettangolo senza uscire dai bordi

**L'ORIGINALE SARA'
RITIRATA IL GIORNO
DELLA VISITA**