

CONSEGUIMENTO **RINNOVO** **REVISIONE**

Applicare

 Marca da bollo
 Euro 16.00

PATENTE: AM A1 A2 A3 A B1 B BE C1 C1E C CE D1 D1E D DE KB

- RINNOVO ATTESTATO** patente D/DE da 60 anni fino al compimento di 68 anni;
 RINNOVO ATTESTATO patente CE da 65 anni fino al compimento di 68 anni;

COGNOME/NOME _____

NATO A _____ **IL** _____ **PATENTE** _____ **SCAD.** _____

RESIDENTE A _____ **VIA** _____ **N** _____ **CAP** _____

Tel. _____ **Cell.** _____ **MAIL** _____

Domicilio _____ **via** _____ **n** _____ **CAP** _____
(indicare solo se diverso dalla residenza)

Sono già stato nella COMMISSIONE PATENTI DI _____ **nell'anno** _____

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Perdita o limitazioni nel movimento degli arti, della colonna vertebrale e del corpo per : <input type="checkbox"/> malattie Neurologiche <input type="checkbox"/> ossee, muscolari, traumi | <input type="checkbox"/> Importante riduzione della vista per (maculopatie , lesioni del nervo ottico, glaucoma,danni alla retina,) <input type="checkbox"/> monocolo |
| <input type="checkbox"/> riduzione dell'udito; | <input type="checkbox"/> diabete; |
| <input type="checkbox"/> epilessia, anche pregressa; | <input type="checkbox"/> malattie psichiche; |
| <input type="checkbox"/> trapianto d'organo(specificare) | <input type="checkbox"/> malattie renali/dialisi; |
| <input type="checkbox"/> malattie endocrine; | <input type="checkbox"/> malattie del cuore e della circolazione; |
| <input type="checkbox"/> sindrome delle apnee notturne; | <input type="checkbox"/> Persone che hanno compiuto i 65 anni per la patente C; |
| <input type="checkbox"/> uso sostanze stupefacenti; | <input type="checkbox"/> Persone che hanno compiuto i 60 anni per la patente D; |
| <input type="checkbox"/> guida in stato di ebbrezza/uso inadeguato di alcool; | <input type="checkbox"/> Altro(diagnosi) |

Documenti da allegare alla richiesta di visita in Commissione Patenti

- SEMPRE :** copia documento d'identità , copia del codice fiscale e della patente (se in possesso)
SEMPRE : modulo autodichiarazione patologie (allegato)
SE REVISIONE : provvedimento della Motorizzazione o della Prefettura di sospensione/revisione/revoca
SE REVISIONE e presentato **RICORSO**: copia del ricorso, data probabile udienza o istanza di applicazione dei LSU
SE PATENTE SMARRITA : copia denuncia di smarrimento **SE PATENTE RITIRATA** perché scaduta : copia verbale ritiro
SE PATENTE IN CORSO DI SUPPLICATO: copia permesso provvisorio
SE PRESENTATO RICORSO contro il giudizio della CML : copia ricorso dell' Unità Sanitaria delle FF.SS.
SE VISITA DOPO GIUDIZIO DI NON IDONEITA' : copia ordinanza di sospensione

MODULO DOMANDA : scaricabile da : <https://www.aulss8.veneto.it/sedi/segreteria-commissione-patenti/>
 : ritirabile all'ingresso del Dipartimento di Prevenzione Via IV Novembre 46 - Vicenza

MODALITA' DI PRESENTAZIONE DOMANDA :

- Per posta raccomandata
- c/o sportello Ufficio Patenti Via IV Novembre 46 Vicenza (lunedì 8-11 mercoledì 11-13 venerdì 8-11)
- tramite autoscuola/agenzia pratiche auto delegate

Si evidenzia che la domanda deve essere completata con marca da bollo e fotografia applicate negli appositi spazi, altrimenti non sarà accettata

Per informazioni : Call Center Telefonico 0444/752226 **DAL LUNEDI' AL VENERDI' 10.30 / 12.00**
 Mail : commissionepatenti@aulss8.veneto.it

DELEGO IL SIGNOR /AGENZIA _____ **Tel.** _____
 a seguire, per mio conto, l'intera istruttoria ai fini del rilascio del certificato medico della CML (firmare nell'apposito spazio)

INDIRIZZO PER IL RECAPITO DELLA PATENTE SE DIVERSO DALLA RESIDENZA

COMUNE _____ **VIA** _____ **N** _____ **CAP** _____

c/o SIGNOR /AGENZIA _____

Il sottoscritto concede l'autorizzazione al trattamento dei dati personali e sanitari ed alla loro comunicazione agli enti competenti ai sensi del D. LGS. 196/2003 e successive modifiche.

Firma dell'interessato all'intero dell'apposito spazio

Data

Numero identificativo marca da bollo
 N. _____

Applicare
 FOTO TESSERA RECENTE
 (fatta non prima di 6 mesi)
 CONFORME ALLE REGOLE
 ICAO
 Altezza 4 cm
 Larghezza 3,30 cm

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO ANAMNESTICO
(AUTOCERTIFICAZIONE)**

Il sottoscritto nata/o a
 il/...../..... e residente a.....
 via..... n..... tel....., documento
 di riconoscimento n.....rilasciato
 da.....il/...../....., nell'ambito della visita medico legale per
 l'accertamento dell'idoneità psicofisica al conseguimento / conferma, / revisione (specificare) della patente di
 guida dei veicoli di cui alla categoriaconsapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai
 sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000 e
 informato, in relazione agli stati patologici di seguito elencati, che in caso di dichiarazione mendace si provvederà,
 salvo che non si configuri altra ipotesi di reato, a sottoporre, 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, a revisione la patente di guida
 con conseguente revoca o sospensione della stessa,

DICHIARA

in relazione agli stati patologici (e/o condizioni) di seguito elencate, che:

| | | |
|---|----|----|
| Sussistono patologie dell' apparato cardiocircolatorio (pressione alta anche se normalizzata dal trattamento, infarto, angina, intervento cardochirurgico, aneurisma, aritmie, ecc.)? Se SI, indicare quali: _____ <input type="checkbox"/> ICD <input type="checkbox"/> PACE MAKER | SI | NO |
| Sussiste diabete (mellito)? Se SI, indicare se: <input type="checkbox"/> Insulino-dipendente <input type="checkbox"/> NON insulino-dipendente (trattato con dieta o ipoglicemizzanti orali) | SI | NO |
| Sussistono altre patologie endocrine (as es. della tiroide, dei surreni, dell'ipofisi, ecc.)? Se SI, indicare quali | SI | NO |
| Soffre (ha mai sofferto) di malattie neurologiche (ad es. Morbo di Parkinson, Ictus, sclerosi multipla, ecc.)? Se SI, indicare quali: | SI | NO |
| Soffre (ha mai sofferto) di turbe psichiche (ad. es. ansia, depressione, allucinazioni, ecc.)? Se SI, indicare quali e in quale periodo ne ha sofferto: | SI | NO |
| E'attualmente (è stato) in cura con tranquillanti, antidepressivi, barbiturici, sonniferi o altri farmaci psicotropi ? Se SI, indicare quali, il periodo di riferimento ed i dosaggi: | SI | NO |
| Ha avuto problemi relativi ad abuso di alcolici (ad es. guida in stato di ebbrezza, ricoveri ospedalieri, ecc.)? Se SI, indicare di quale tipo e quando: <input type="checkbox"/> in cura presso il SERD di _____ | SI | NO |
| Ha fatto uso di canapa indiana, ecstasy, eroina, cocaina, anfetamine, LSD o altre droghe ? Se SI, specificare quando: <input type="checkbox"/> in cura presso il SERD di _____ | SI | NO |
| Soffre di malattie del sangue (es. sindormi emofiliache, linfomi, leucemie,...)? Se SI, specificare: | SI | NO |
| Soffre di epilessia o ha in passato manifestato crisi epilettiche (o convulsioni)? Se SI, la data dell'ultima crisi e indicare la terapia seguita: | SI | NO |
| E' titolare di porto – detenzione d'armi? | SI | NO |
| Sussistono malattie dell' apparato uro-genitale (ad es. Insufficienza Renale Cronica, dialisi, ecc.)? Se SI, specificare quali: | SI | NO |
| Soffre di infermità degli arti o dell' apparato osteoarticolare ? Se SI, specificare quali: | SI | NO |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----|----|--------------------------|----|----|-------------------------------|----|----|----------------------|----|----|--|----|----|--|----|----|--|----|----|
| Ha problemi di udito e/o utilizza protesi acustiche ? Se SI, specificare: | SI | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E' stato riconosciuto invalido ? Se SI, specificare: <input type="checkbox"/> CIVILE <input type="checkbox"/> INPS <input type="checkbox"/> INAIL <input type="checkbox"/> DI GUERRA/PER CAUSA DI SERVIZIO | SI | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E' stato ricoverato negli ultimi 3 anni? Ha avuto un ricovero o è in cura per malattia oncologica? Se SI, specificare per quale/i motivo/i: _____ nell'Ospedale di _____ anno _____ | SI | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ha problemi di vista e/o glaucoma, maculopatie, lesioni nervo ottico, ecc. ? Se SI, specificare: | SI | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ha problemi all'apparato respiratorio ? Se SI, specificare: _____ <input type="checkbox"/> ossigeno terapia in atto ore/die _____ | SI | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Soffre di apnee notturne ? Ha russamento rumoroso tutte le notti? Le capita di appisolarsi frequentemente nelle seguenti situazioni? | SI | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td>Davanti alla televisione</td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>Al cinema o ad una conferenza</td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>Leggendo il giornale</td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>In treno o in autobus o in macchina se non guida</td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>Conversando con qualcuno o durante i pasti</td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>Alla guida, nelle brevi soste del traffico</td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> </table> | | | Davanti alla televisione | SI | NO | Al cinema o ad una conferenza | SI | NO | Leggendo il giornale | SI | NO | In treno o in autobus o in macchina se non guida | SI | NO | Conversando con qualcuno o durante i pasti | SI | NO | Alla guida, nelle brevi soste del traffico | SI | NO |
| Davanti alla televisione | SI | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Al cinema o ad una conferenza | SI | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Leggendo il giornale | SI | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| In treno o in autobus o in macchina se non guida | SI | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Conversando con qualcuno o durante i pasti | SI | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Alla guida, nelle brevi soste del traffico | SI | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

IN CASO DI REVISIONE/REVOCA PATENTE SPECIFICARE IL MOTIVO:

ART. 186 (ALCOOL) anno _____

ART. 187 (SOSTANZE) anno _____

ART. 186/7 RIFIUTO anno _____

ART. 128/ altro _____ anno _____

Vicenza, il _____

Firma _____

DICHIARAZIONE AI SENSI DELLA LEGGE SULLA PRIVACY

Ai sensi del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196 e successive modifiche ed integrazioni, sono stato informato del fatto che i dati personali e quelli riguardanti le mie condizioni di salute, emersi a seguito della presente visita, tutelati dal segreto d'ufficio, saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche, telematiche, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge. Saranno trasmessi ai competenti uffici pubblici, a loro volta vincolati dall'obbligo del segreto d'ufficio, per gli adempimenti di competenza previsti dalla legge.

Il sottoscritto autorizza il personale della Commissione Medica Locale Patenti, 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 di quelli riguardanti le proprie condizioni di salute, emersi nel corso della presente visita, in una cartella clinica medico-legale, che potrà essere esaminata dal personale autorizzato, vincolato dall'obbligo del segreto d'ufficio, a seguito di qualsiasi richiesta di benefici presentata a strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

Data _____

Firma del richiedente _____



**INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL'ART. 13 E 14 DEL
REGOLAMENTO EU 2016/679 E ART. 79 DEL D. LGS. 196/2003 (come aggiornato dal D. LGS. 101/2018).**

Gentile Signora/Signore,

La presente informativa in merito al trattamento di dati personali in occasione dell'accertamento di idoneità alla guida viene resa dall'Azienda ULSS 8 Berica ai sensi degli articoli 13 del Regolamento (UE) 2016/679 "GDPR" e della normativa privacy nazionale vigente.

ESTREMI IDENTIFICATIVI DEL TITOLARE

Il Titolare del trattamento è l'U.L.SS. n. 8 "Berica", il cui rappresentante legale è il Direttore Generale, con sede in Viale Rodolfi n. 37 36100 Vicenza (VI).

Il Titolare ha nominato il Responsabile della Protezione dei Dati - RPD (Data Protection Officer nell'accezione inglese), ai sensi dell'articolo 37 del GDPR, i cui dati personali sono pubblicati nel sito web aziendale all'interno della sezione dedicata alla "Privacy Policy". L'indirizzo e-mail di contatto dell'RPD è il seguente: rdp@aulss8.veneto.it.

FINALITA'

Il trattamento dei dati in oggetto, personali e "particolari" (quali ad esempio quelli idonei a rivelare lo stato di salute) avviene al fine di eseguire le prestazioni sanitarie e amministrative necessarie a rilasciare il certificato di idoneità alla guida richiesto dal cittadino (conseguimento, rinnovo, revisione) e la valutazione dell'idoneità psicofisica per la guida di autoveicoli, ciclomotori e mezzi nautici a persone con patologie o sottoposte a revisione straordinaria da parte dell'autorità competente per la violazione di specifici articoli di legge.

TIPOLOGIE DI DATI PERSONALI TRATTATI

I dati personali oggetto di trattamento sono i dati identificativi (dati anagrafici e di contatto) e dati idonei a rivelare lo stato di salute.

BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO

Il trattamento dei dati per le finalità sopra descritte trova la propria base giuridica nell'art. 6 par. 1 lett. c) poiché è necessario per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento. Il conferimento dei dati personali richiesti è indispensabile per lo svolgimento delle attività volte al perseguimento delle finalità sopra individuate. Pertanto, il rifiuto a fornire tali informazioni potrebbe determinare l'impossibilità dell'erogazione della prestazione.

MODALITA' DI TRATTAMENTO

I suoi dati saranno registrati elettronicamente o manualmente e trattati con l'osservanza delle misure di sicurezza adottate dall'Azienda in attuazione delle disposizioni contenute nel Codice della privacy (D.lgs. 196/2003 come aggiornato dal D.lgs. 101/2018) e nel Regolamento Europeo 2016/679.

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.

COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE

I dati non verranno in alcun modo diffusi, cioè non verranno resi noti ad un numero indeterminato di soggetti. Possono essere trasmessi, per tutti gli adempimenti di competenza previsti dalla legge, a Enti ed Istituzioni, vincolati dall'obbligo del segreto d'ufficio, per il raggiungimento delle finalità sopra riportate: Motorizzazione Civile, Prefettura, Forze di polizia, Ufficio competente del Dipartimento per i Trasporti Terrestri, Ufficio Centrale Operativo del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti, agenzie automobilistiche e pratiche auto etc

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

I dati personali non saranno oggetto di trasferimento presso paesi terzi non europei. Il Titolare del trattamento si riserva però la possibilità di utilizzare servizi in cloud: in tal caso i fornitori di tali servizi saranno selezionati tra coloro che forniranno garanzie adeguate, così come previsto dall'articolo 46 del GDPR.

CONSERVAZIONE

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 e comunque non oltre il tempo necessario ad adempiere alle finalità sopra descritte nel rispetto del principio di minimizzazione di cui all'articolo 5, comma 1, lettera c) del GDPR.

DIRITTI DEGLI INTERESSATI

In ordine ai Suoi dati personali conservati presso gli archivi dell'ULSS, gli interessati hanno il diritto di ottenere, nei casi previsti, la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento, diritti previsti dagli articoli 15/22 del Regolamento UE e descritti nel Regolamento aziendale in materia di protezione dei dati (diritto di accesso, di rettifica, di opposizione, di reclamo, di oblio, di limitazione del trattamento, etc...), presentando un'istanza a questa Azienda ULSS: istanza che potrà essere consegnata all'Ufficio del Protocollo Generale, oppure trasmessa via posta elettronica (Mail: protocollo@aulss8.veneto.it / Pec: protocollo.aulss8@pecveneto.it).

L'interessato ha il diritto di proporre reclamo all'autorità di controllo (Garante Per la Protezione dei Dati Personali - Fax: (+39) 06.69677.3785 - Centralino telefonico: (+39) 06.69677.1 - Posta elettronica: protocollo@gpdp.it).

IL DIRETTORE GENERALE