**DICHIARAZIONE DI PRECEDENTI MORBOSI**

**DA FIRMARE IN PRESENZA DEL MEDICO IN COMMISSIONE**

Il/la Sig/ra: Cognome       Nome

Nato/a a       (     ) il

Documento di riconoscimento       Nr

Rilasciato da       il

**DICHIARA**

*In relazione agli stati patologici ed alle informazioni di seguito elencate, che (barrare con una X* ***SI*** *o* ***NO****):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Attualmente assume **FARMACI**?  Se **SI**, quali? | SI | NO |
| È stato riconosciuto **INVALIDO CIVILE** (oppure di GUERRA, del LAVORO, di SERVIZIO)?  Se **SI**, con percentuale pari a: | SI | NO |
| È mai stato valutato presso una Commissione Medica Provinciale per la patente?  Se **SI,** quale? | SI | NO |
| E’ mai stato **RICOVERATO** in ospedale?  Se **SI**, perché? | SI | NO |
| Ha avuto incidenti stradali importanti? .  Ha subito un **TRAUMA CRANICO**?  **SI** **NO** | SI | NO |
| Soffre, o ha mai sofferto, di **MALATTIE DELL’APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO**?  Se **SI**,quali?  Portatore di **PACEMAKER**  **SI**  **NO**  Portatore di **DEFIBRILLATORE**  **SI**  **NO** | SI | NO |
| Soffre, o ha mai sofferto, di **SINDROME DELLE APNEE NOTTURNE**?  Se **SI,** utilizza un dispositivo CPAP? | SI | NO |
| Soffre, o ha mai sofferto, dialtre **MALATTIE DELL’APPARATO RESPIRATORIO**?  Se **SI**, quali (specificare se in ossigeno-terapia): | SI | NO |
| Soffre di **DIABETE MELLITO**? Se **SI**, specificare di quale tipo:  Insulinodipendente  NON Insulinodipendente (*diabete trattato con dieta o ipoglicemizzanti orali*) | SI | NO |
| Soffre, o ha mai sofferto, di **MALATTIE ENDOCRINE**?  Se **SI**,quali: | SI | NO |
| Soffre, o ha mai sofferto, di **MALATTIE NEUROLOGICHE**?  Se **SI**, quali: | SI | NO |
| Soffre di **EPILESSIA**? Ha mai manifestato **CRISI EPILETTICHE** (o convulsioni)?  Se **SI**, specificare la data dell’ULTIMA CRISI       e terapia eseguita | SI | NO |
| Soffre, o ha mai sofferto, di **MALATTIE PSICHICHE**?  Se **SI,** quali: | SI | NO |
| Soffre, o ha mai sofferto, di **MALATTIE DEL FEGATO**?  Se **SI,** quali: | SI | NO |
| Soffre, o ha mai sofferto, di **MALATTIE DELL’APPARATO URINARIO**?  Se **SI,** quali: | SI | NO |
| Sussistono **MALATTIE DELL’APPARATO OSTEOARTICOLARE, DEFICIT DELLA EFFICIENZA DEGLI ARTI, ANOMALIE SOMATICHE?**  Se **SI,** quali: | SI | NO |
| Soffre, o ha mai sofferto, di **ALTERAZIONI DELL’APPARATO VISIVO** *(ad es. cheratocono, maculopatie, glaucoma)*?  Se **SI,** quali: | SI | NO |
| Utilizza **OCCHIALI DA VISTA o LENTI A CONTATTO?** | SI | NO |
| È affetto da **ALTERAZIONI DELL’APPARATO UDITIVO**?  Se **SI**, utilizza **PROTESI ACUSTICHE?**  **SI**  **NO** | SI | NO |
| Ha subito un **TRAPIANTO D’ORGANO**?  Se **SI**, quale: | SI | NO |
| Ha avuto **SOSPENSIONI** o **REVISIONI** della patente per **GUIDA IN STATO DI EBBREZZA ALCOLICA** o per **GUIDA** **SOTTO L’EFFETTO DI SOSTANZE STUPEFACENTI**? *Specificare se alcool, stupefacenti o entrambi*:  Quando è stato fermato l’ultima volta? | SI | NO |
| È **in cura** o è mai **stato seguito in modo stabile negli ULTIMI TRE ANNI** dai **SERVIZI PER ALCOL** o **TOSSICODIPENDENZA**? (non la semplice consulenza richiesta dalla commissione patenti per valutare il rischio di abuso alcolico)  Se **SI,** quando: | SI | NO |
| Ha, o ha **mai fatto uso negli ultimi tre anni**, anche occasionalmente, di **SOSTANZE STUPEFACENTI**?  Se **SI**, quali sostanze? | SI | NO |
| Ha fatto o fa uso di **ALCOLICI**?  Se **SI**, specificare quantità giornaliera: | SI | NO |
| È, o è stato, in cura con **FARMACI PSICOATTIVI** (*ad es.:* *tranquillanti, antidepressivi, sonniferi, antistaminici od altri*)?  Se **SI**, quali: | SI | NO |

**CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITÀ E DELLE CONSEGUENZE CIVILI E PENALI, PREVISTE IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI E/O FORMAZIONE OD USO DI ATTI FALSI, ANCHE AI SENSI E PER GLI EFFETTI DELL’ART. 76 DEL D.P.R. 445/2000 E S.M.I, NONCHÉ IN CASO DI ESIBIZIONE DI ATTI CONTENENTI DATI NON PIÙ CORRISPONDENTI A VERITÀ**:

1. Dichiaro di aver fornito tutte le informazioni in mia conoscenza utili a definire il mio stato di salute.

2. Dichiaro altresì di essere a conoscenza del fatto che, in caso di DICHIARAZIONE MENDACE, si provvederà a sottoporre a revisione la mia patente di guida con conseguente revoca o sospensione della stessa 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, salvo che non si configuri ipotesi di reato.

3. Dichiaro di aver preso visione dell’informativa di quanto previsto dal D.L.vo 196 del 30.06.03 (CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI). Sono stato informato che ai sensi dell’’ARTICOLO 13 del D.L.vo summenzionato nonché dell’’ AUTORIZZAZIONE DEL GARANTE N.2/2012 AL TRATTAMENTO DEI DATI IDONEI A RIVELARE LO STATO DI SALUTE E LA VITA SESSUALE (*13.12.2012*, Pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 3 del 4 gennaio 2013), i dati personali e sensibili che mi riguardano e da me forniti, o acquisiti attraverso certificazioni mediche nel corso del presente accertamento medico-legale, saranno trattati nel rispetto del *Codice sulla Privacy* e degli obblighi di riservatezza a cui è tenuta l'ASL di Mantova. Dichiaro altresì di essere stato informato del fatto che i dati relativi alla mia persona saranno registrati e conservati in banche dati sia informatiche che cartacee e verranno:

- Trattati in modo lecito, secondo le norme vigenti, esclusivamente dagli operatori incaricati

- Raccolti e registrati per fini determinati, espliciti e legittimi

- Utilizzati esclusivamente per lo scopo per cui sono stati forniti

- Esatti, e, se necessario, aggiornati

- Pertinenti, completi e non eccedenti rispetto alle finalità per le quali sono raccolti e successivamente trattati

- Conservati per il tempo necessario allo scopo e, successivamente, secondo i tempi previsti dalla legge per ogni tipo di dato o documento.

Per le finalità medico-legali dell’accertamento, i miei dati saranno trasmessi ai competenti uffici della Motorizzazione Civile e dei Ministeri competenti, a loro volta vincolati dall’obbligo del segreto d’ufficio, per gli adempimenti di competenza previsti dalla Legge.

I miei diritti in materia di dati personali sono quelli elencati dall’art. 7 del d.lgs. 196/2003, che prevede per l’interessato il diritto di ottenere l’indicazione:

- della provenienza dei suoi dati personali

- delle finalità e modalità del trattamento

- della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l’ausilio di strumenti elettronici

- degli estremi identificativi del titolare e dei responsabili del trattamento dei dati

- dei soggetti o delle categoria di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati.

HO QUINDI DIRITTO DI OTTENERE:

- l’aggiornamento, la rettifica o, quando vi sia interesse, l’integrazione dei dati;

- la cancellazione, la trasformazione e forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti e successivamente trattati;

- l’attestazione che le operazioni di aggiornamento, rettifica, cancellazione o blocco dei dati sono state portate a conoscenza anche di coloro ai quali i dati sono stati comunicati, salvo il caso in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi sproporzionato all’obiettivo.

**Tutto ciò premesso, ESPRIMO, PERTANTO, IL MIO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI CHE MI RIGUARDANO in quanto necessari ai fini di cui sopra ed AUTORIZZO:**

**- il personale del Servizio di Medicina Legale della ASST di Mantova, se lo riterrà necessario, ad esaminare ed estrarre copia della documentazione sanitaria che mi riguarda, conservata presso strutture pubbliche;**

**- l’inserimento dei dati personali, riguardanti le mie condizioni di salute così come emerse ed obiettivate nel corso della presente visita, in una cartella clinica medico-legale che sarà esaminata da personale autorizzato, vincolato dall’obbligo del segreto d’Ufficio, ad ogni richiesta di benefici di qualsiasi natura presentata a strutture del Servizio Sanitario Nazionale o Istituti competenti.**

**Autorizzo infine la trasmissione di copia degli atti presenti nella mia cartella clinica medico legale ad altre Commissioni Mediche Locali o agli organi sanitari periferici della Società Rete Ferroviaria Italiana SpA (FS) qualora dagli stessi richiesta**

**Infine nel caso siano diagnosticate patologie incompatibili con la detenzione d’armi eventualmente possedute, con la presente AUTORIZZO la comunicazione ai competenti uffici di Polizia.**

DATA       FIRMA DEL DICHIARANTE ………………………………………………