



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

Il sottoscritto ..... nata/o ..... 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  
categoria .....consapevole 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' <b>apparato cardiocircolatorio</b> (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 <b>diabete</b> (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 <b>patologie endocrine</b> (as es. della tiroide, dei surreni, dell'ipofisi, ecc.)? Se SI, indicare quali	SI	NO
Soffre (ha mai sofferto) di <b>malattie neurologiche</b> (ad es. Morbo di Parkinson, Ictus, sclerosi multipla, ecc.)? Se SI, indicare quali:	SI	NO
Soffre (ha mai sofferto) di <b>turbe psichiche</b> (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 <b>tranquillanti, antidepressivi, barbiturici, sonniferi o altri farmaci psicotropi</b> ? Se SI, indicare quali, il periodo di riferimento ed i dosaggi:	SI	NO
Ha avuto problemi relativi ad <b>abuso di alcolici</b> (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 <b>canapa indiana, ecstasy, eroina, cocaina, anfetamine, LSD o altre droghe</b> ? Se SI, specificare quando: <input type="checkbox"/> in cura presso il SERD di _____	SI	NO
Soffre di <b>malattie del sangue</b> (es. sindormi emofiliache, linfomi, leucemie, ...)? Se SI, specificare:	SI	NO
Soffre di <b>epilessia</b> o ha in passato manifestato <b>crisi epilettiche</b> (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' <b>apparato uro-genitale</b> (ad es. Insufficienza Renale Cronica, dialisi, ecc.)? Se SI, specificare quali:	SI	NO
Soffre di <b>infermità degli arti</b> o dell' <b>apparato osteoarticolare</b> ? Se SI, specificare quali:	SI	NO

Ha problemi di <b>udito</b> e/o utilizza <b>protesi acustiche</b> ? Se SI, specificare:	SI	NO
E' stato riconosciuto <b>invalido</b> ? 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 <b>ricoverato</b> 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 <b>vista</b> e/o <b>glaucoma, maculopatie, lesioni nervo ottico, ecc.</b> ? Se SI, specificare:	SI	NO
Ha problemi <b>all'apparato respiratorio</b> ? Se SI, specificare: _____ <input type="checkbox"/> ossigeno terapia in atto ore/die _____	SI	NO
Soffre di <b>apnee notturne</b> ?	SI	NO
Ha <b>russamento rumoroso</b> tutte le notti?	SI	NO

Le capita di appisolarsi frequentemente nelle seguenti situazioni?

Davanti alla televisione	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	In treno o in autobus o in macchina se non guida	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Al cinema o ad una conferenza	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Conversando con qualcuno o durante i pasti	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Leggendo il giornale	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Alla guida, nelle brevi soste del traffico	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

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: [rpd@aulss8.veneto.it](mailto:rpd@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](mailto:protocollo@aulss8.veneto.it) / Pec: [protocollo.centrale.aulss8@pecveneto.it](mailto:protocollo.centrale.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](mailto:protocollo@gpdp.it)).

IL DIRETTORE GENERALE  
dell'Azienda ULSS 8 Berica