

DICHIARAZIONE DEI PRECEDENTI MORBOSI
DA FIRMARE IN PRESENZA DEL MEDICO

Il/la Sig/ra
 (Cognome) (Nome)
 Nato/a a il
 (Comune) (Prov) (giorno / mese / anno)
 Residente in
 (Comune) (Prov) cap
 Via
 (indirizzo) (tel. fisso e cellulare)
 PER (conferma duplicato ecc) PATENTE DI GUIDA CAT (indicare la o le categorie)
 (in mancanza della patente indicare il documento d'identità) numero rilasciata da il

DICHIARA, IN RELAZIONE AGLI STATI PATOLOGICI SOTTO INDICATI, CHE: (barrare con una X SI o NO)

Soffre, o ha mai sofferto, di MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO (pressione alta anche se normalizzata da farmaci, pregresso infarto, angina, intervento cardiocirurgico, intervento di by-pass, aneurisma, aritmie, impianto di pace maker o di defibrillatore (ICD), sostituzione di valvola cardiaca, ecc.) ? Se SI, SPECIFICARE QUALI e DA QUANDO:	SI	NO
Soffre, o ha mai sofferto, di SINDROME DELLE APNEE NOTTURNE ? Se SI, utilizza un dispositivo CPAP? Da quando e per quante ore a notte:	SI	NO
Soffre, o ha mai sofferto, di altre MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO (insufficienza respiratoria cronica, enfisema polmonare, fibrosi polmonare, ecc.) ? Se SI, quali e da quando: E' stata prescritta ossigeno-terapia?Da quando e per quante ore al giorno:	SI	NO
Soffre di DIABETE MELLITO ? Se SI, SPECIFICARE di quale tipo: <input type="checkbox"/> Insulinodipendente <input type="checkbox"/> NON Insulinodipendente (diabete trattato con dieta o ipoglicemizzanti orali)	SI	NO
Soffre, o ha mai sofferto, di MALATTIE ENDOCRINE (ad es.: della tiroide, dei surreni, dell'ipofisi)? Se SI, SPECIFICARE QUALI e DA QUANDO:	SI	NO
Soffre, o ha mai sofferto, di MALATTIE NEUROLOGICHE (ad es.: morbo di Parkinson, emiparesi, ischemia cerebrale transitoria, ictus, sclerosi multipla, miastenia grave, neuropatia degli arti, decadimento cognitivo, stato di coma ecc.)? Se SI, SPECIFICARE QUALI e DA QUANDO:.....	SI	NO
Soffre di EPILESSIA ? Ha mai manifestato CRISI EPILETTICHE (o convulsioni)? Se SI, SPECIFICARE la data dell'ultima crisi e indicare la terapia eseguita	SI	NO
E' in corso SOSPENSIONE o REVISIONE della patente per GUIDA IN STATO DI EBBREZZA ALCOLICA o per GUIDA SOTTO L'EFFETTO DI SOSTANZE STUPEFACENTI ? Specificare se alcol, stupefacenti o entrambi:..... - Quando e' stato fermato l'ultima volta?.....	SI	NO
Ha, o ha mai fatto uso in passato, anche occasionalmente, di SOSTANZE STUPEFACENTI ? (cannabis, ecstasy, eroina, cocaina, anfetamine, LSD, Ketamina od altre)? - Quali sostanze ?	SI	NO
E', o è mai stato, in cura presso un SERT (Servizio per le Tossicodipendenze) o una Comunità Terapeutica ? Se SI, fino a quando?	SI	NO
Ha, o ha mai avuto in passato, problemi correlati all' ABUSO o alla DIPENDENZA da bevande ALCOLICHE ? Se SI, SPECIFICARE QUANDO:	SI	NO
E', o è mai stato, in cura presso un NOA (es. Nucleo operativo alcologico , Servizio di alcologia)? Se SI, fino a quando ?.....	SI	NO
Soffre, o ha mai sofferto, di MALATTIE PSICHICHE ? (ad es.: ansia, depressione, psicosi, disturbi di personalità, allucinazioni, ecc.)? Se SI, specificare QUALI e DA QUANDO:..... E', o è mai stato, in cura presso specialisti in psichiatria ? E', o è mai stato, in cura presso servizi psichiatrici pubblici o privati?..... Se SI, specificare fino a quando:	SI	NO
E', o è stato, in cura con FARMACI PSICOATTIVI (ad es.: tranquillanti, antidepressivi, barbiturici, sonniferi od altri)? Se SI, SPECIFICARE QUALI, in che periodo e a quali dosaggi:	SI	NO
Soffre, o ha mai sofferto, di MALATTIE DEL SANGUE O DEL FEGATO (ad es.: anemia, leucemia, policitemia, piastrinopenia, oppure epatite, cirrosi epatica, ecc.)? Se SI, SPECIFICARE QUALI e DA QUANDO:	SI	NO
Soffre, o ha mai sofferto, di MALATTIE DELL'APPARATO URO-GENITALE (ad es. insufficienza renale cronica)? Se SI, SPECIFICARE QUALI e DA QUANDO:	SI	NO
Sussistono MALATTIE DELL'APPARATO OSTEOARTICOLARE, DEFICIT DELLA EFFICIENZA DEGLI ARTI, ANOMALIE SOMATICHE ? Se SI, SPECIFICARE QUALI e DA QUANDO:	SI	NO
E' stato coinvolto in INCIDENTI STRADALI , di qualsiasi tipo, anche dovuti a responsabilità di altri? Se SI, SPECIFICARE QUANDO:.....	SI	NO
E' stato riconosciuto INVALIDO CIVILE (oppure DI GUERRA, DI LAVORO, DI SERVIZIO)? Se SI, quando: e con percentuale pari a:	SI	NO
Soffre, o ha mai sofferto, di ALTERAZIONI DELL'APPARATO VISIVO (ad es. cheratocono, maculopatie, glaucoma)? Se SI, SPECIFICARE QUALI e DA QUANDO: - Utilizza OCCHIALI DA VISTA o LENTI A CONTATTO ?.....	SI	NO
È affetto da ALTERAZIONI DELL'APPARATO UDITIVO (es. ipoacusia, sordità ecc.)? Se SI, SPECIFICARE QUALI e DA QUANDO:..... Utilizza PROTESI ACUSTICHE ?.....	SI	NO
HA MAI SUBITO UN TRAPIANTO D'ORGANO (ad es.: trapianto di rene, di fegato, ecc.)? Se SI, SPECIFICARE QUALE:	SI	NO
HA IN CORSO TERAPIE FARMACOLOGICHE di qualsiasi tipo? Se SI, SPECIFICARE QUALI FARMACI ed a quali dosaggi:	SI	NO

DICHIARAZIONE DEI PRECEDENTI MORBOSI
DA FIRMARE IN PRESENZA DEL MEDICO

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 esposta e, a richiesta disponibile in copia, 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.2/2011 AL TRATTAMENTO DEI DATI IDONEI A RIVELARE LO STATO DI SALUTE E LA VITA SESSUALE (24.6.11, pubblicato in G.U. n. 162 del 14.7.11), 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 Milano. 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.

Per l'esercizio dei diritti previsti dall'articolo 7 del D.lgs. 196.2003, posso rivolgermi direttamente agli sportelli rivolti al pubblico o avanzare richiesta presso l'U.R.P. (ufficio relazioni con il pubblico) dell'ASL di Milano.

Sono a conoscenza del fatto che TITOLARE del trattamento dei dati è la A.S.L. di Milano, con sede in Corso Italia 19, Milano e che l'elenco aggiornato dei RESPONSABILI dei trattamenti di competenza della ASL è disponibile sul sito istituzionale www.asl.milano.it, o può essere richiesto in visione o in copia all'U.R.P. (ufficio relazioni con il pubblico) dell'ASL di Milano.

ASL di Milano metterà a disposizione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) del Sistema Informativo Socio Sanitario (SISS), previo mio consenso al trattamento FSE, i dati sanitari relativi alle prestazioni sanitarie erogate.

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 pertanto:

- il personale del Servizio di Medicina Legale della ASL di Milano, 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.

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

FIRMA DEL MEDICO CHE RICEVE LA DICHIARAZIONE