



FNOMCeO

Roma, _____

COMUNICAZIONE N. **16**

AI PRESIDENTI DEGLI ORDINI
PROVINCIALI DEI MEDICI CHIRURGHI E
DEGLI ODONTOIATRI

AI PRESIDENTI DELLE COMMISSIONI PER
GLI ISCRITTI ALL'ALBO DEGLI
ODONTOIATRI

Prot. N°: _____

Rif. Nota:

Resp. Proced.: - Dr. Marcello Fontana

Resp. Istrut.: -

OGGETTO:

➤ Decreto 21 gennaio 2014 –
Modalità di redazione della
relazione tecnica per
l'accertamento dei requisiti di
idoneità psico-fisica per il
rinnovo della patente di guida
per via telematica.

Cari Presidenti,

facendo seguito alle Comunicazioni n. 55 del 19 settembre 2011, n. 15 del 17 febbraio 2012 e n. 85 del 4 aprile 2013, si ritiene opportuno segnalare che sulla Gazzetta Ufficiale n. 33 del 10 febbraio 2014 è stato pubblicato il decreto 21 gennaio 2014 recante **“Modalità di redazione della relazione tecnica per l'accertamento dei requisiti di idoneità psico-fisica per il rinnovo della patente di guida per via telematica”**.

Tale decreto, emanato dal Ministero della Salute, definisce i contenuti e le modalità di redazione della relazione medica per l'accertamento dei requisiti di idoneità psico-fisica per il rinnovo della patente di guida in via telematica.

L'art. 1 del provvedimento prevede che **la relazione della visita medica per il rinnovo di validità della patente di guida**, da cui estrarre i contenuti da comunicare telematicamente all'Ufficio centrale operativo del Dipartimento per i trasporti, la navigazione ed i sistemi informativi e statistici, **deve essere redatta utilizzando il modello riportato nell'allegato I al decreto (All. n. 1)**.

Si rileva inoltre che l'art. 4, comma 2, del decreto dirigenziale 15 novembre 2013 del Capo del Dipartimento del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti recante **“Conferma di validità della patente di guida in via telematica”** dispone che all'esito della visita, il medico o, se del caso, la commissione medica compilano l'apposita maschera proposta dal sistema informatico e conforme al modello allegato (All. n. 2). Alla maschera sono allegati, telematicamente, la fotografia e la firma del titolare di patente. Concluse con esito positivo le operazioni di cui al suddetto comma 2, il sistema informatico genera la ricevuta dell'avvenuta conferma di validità della patente di guida di cui all'art. 3 del decreto del Ministro delle infrastrutture e dei trasporti 9 agosto 2013, che è stampata e consegnata immediatamente all'interessato, previa apposizione di firma e timbro del medico che ha effettuato la visita o, se del caso, del presidente della commissione medica locale (All. n. 3).

Cordiali saluti

All. n. 3

IL PRESIDENTE

Amedeo Bianco



FNOMCeO Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Piazza Cola di Rienzo, 80/A - 00192 Roma - Telefono 06 36 20 31 Fax 06 32 22 794 - e-mail: segreteria@fnomceo.it - C.F. 02340010582

2014/1456-12-02-2014-PARTENZA

ALLEGATO I

RELAZIONE DI VISITA MEDICA

(Da conservare agli atti)

Conferma della patente di guida categoria.....

VISITA MEDICA iniziata in data relativo alla persona di:

(Cognome) (Nome)

nat_ a (.....) il

documento di riconoscimento nr.

rilasciato da il

il quale 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⁽²⁾:

- sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio Sì ☐ No ☐
(se Sì quali)
- sussiste diabete Sì ☐ No ☐
(se Sì specificare se insulino-dipendente)
- sussistono altre patologie endocrine Sì ☐ No ☐
(se Sì quali)
- sussistono turbe e/o patologie psichiche Sì ☐ No ☐
(se Sì quali)
- fa uso di sostanze psicoattive Sì ☐ No ☐
(se Sì quali)
- sussistono patologie del sistema nervoso Sì ☐ No ☐
(se Sì quali)
- soffre di epilessia o ha manifestato crisi epilettiche Sì ☐ No ☐
(se Sì specificare quando si è manifestata l'ultima)
- sussistono malattie del sangue Sì ☐ No ☐
(se Sì quali)
- sussistono malattie dell'apparato uro-genitale Sì ☐ No ☐
(se Sì quali)
- sussistono patologie visive Sì ☐ No ☐
(se Sì quali)
- sussistono patologie uditive Sì ☐ No ☐
(se Sì quali)
- è invalido civile o del lavoro o di guerra o per servizio Sì ☐ No ☐
(se Sì specificare per quali malattie ed in quale misura (%/Tab.))

Data

Firma dell'interessato/a

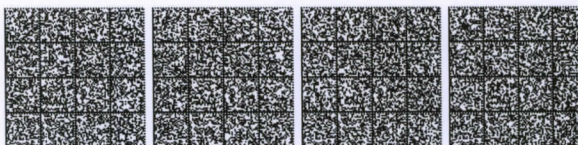
DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Io sottoscritto dichiaro di aver ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del D.Lgs 196/2003 con specifico riguardo ai diritti a me riconosciuti dalla legge ex art. 7 del D.Lgs 196/2003. In particolare, consapevole che l'accertamento medico legale è obbligatorio al fine di accertare l'assenza di condizioni ostative al rilascio dell'idoneità per il conseguimento o per la conferma di validità della patente di guida e che i dati riportati nel presente verbale saranno custoditi agli atti del medico responsabile del procedimento e titolare del trattamento, acconsento al trattamento dei miei dati con le modalità e per le finalità illustrate.

Data

Firma dell'interessato/a

Vista la sotto elencata documentazione, prodotta ed acquisita agli atti⁽²⁾:



- ☐ dichiarazione anamnestica sottoscritta dall'interessato/a
☐ attestazione del medico di fiducia dr. rilasciata il
☐ certificazione rilasciata da il
 attestante l'assenza di condizioni di abuso di sostanze alcoliche e il non uso di sostanze stupefacenti o psicotrope
☐ valutazione specialistica⁽³⁾:
☐ certificazione del costruttore attestante le caratteristiche tecniche e l'efficienza delle protesi acustiche utilizzate dall'interessato/a

Verificato che l'interessato/a:

- **presenta** obiettività clinica di malattie fisiche o psichiche in atto, e/o anomalie della conformazione o dello sviluppo somatico e deficienze organiche o minorazioni anatomiche o funzionali, che possano comunque pregiudicare la sicurezza della guida di veicoli ai quali la patente abilita⁽²⁾ Sì ☐ No ☐
- **presenta** obiettività clinica e precedenti anamnestici che facciano sospettare malattie progressive degli occhi richiedenti accertamenti strumentali del campo visivo⁽²⁾ Sì ☐ No ☐
- **presenta**, ai test clinici di screening, alterazioni richiedenti approfondimenti diagnostici specialistici:
 - della sensibilità al contrasto⁽²⁾ Sì ☐ No ☐
 - della sensibilità all'abbagliamento⁽²⁾ Sì ☐ No ☐
 - dei tempi di recupero dopo abbagliamento⁽²⁾ Sì ☐ No ☐
 - della visione crepuscolare⁽²⁾ Sì ☐ No ☐
- **possiede** acuità visiva **naturale/corretta**⁽¹⁾ in visione⁽²⁾:
 - ☐ binoculare di/decimi all'occhio destro e di/decimi all'occhio sinistro
 - ☐ monoculare **anatomica/funzionale**⁽¹⁾, posseduta da un periodo **sufficiente/non sufficiente**⁽¹⁾ per consentire l'adattamento, di/decimi all'occhio **destro/sinistro**⁽¹⁾
- **percepisce** la voce di conversazione a m a destra e a m a sinistra **senza/con**⁽¹⁾ protesi acustica **monoaurale/biaurale**⁽¹⁾
- **possiede**, in relazione alla specifica categoria di patente, tempi di reazione a stimoli semplici e complessi, luminosi ed acustici, sufficientemente rapidi e regolari⁽²⁾ Sì ☐ No ☐

Si giudica lo/la stesso/a:

IDONEO/NON IDONEO⁽¹⁾ ⁽⁴⁾ per conferma⁽¹⁾ della patente di guida di categoria con le seguenti indicazioni⁽²⁾:

☐ NESSUNA PRESCRIZIONE ☐ OBBLIGO LENTI cod.....

☐ VALIDITÀ DELLA PATENTE LIMITATA (su parere diabetologico) a :

☐ OBBLIGO DI..... cod..... (riservato a CML)

☐ LIMITAZIONE ALLA GUIDA cod (riservato a CML)

☐ MODIFICHE AL VEICOLO..... cod..... (riservato a CML)

Annotazioni

data

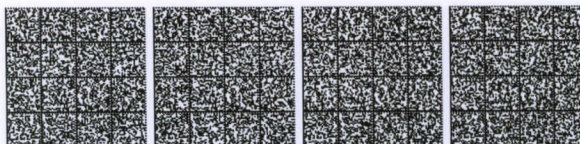
Firma del medico certificatore

⁽¹⁾ Cancellare la parte che non interessa

⁽²⁾ Contrassegnare con X la voce (o le voci) di interesse

⁽³⁾ Diabetologica, neurologica, oculistica, ecc.

⁽⁴⁾ In caso di giudizio di NON IDONEITÀ, il medico certificatore monocratico dovrà provvedere, ai sensi dell'art. 126, comma 6, del "Codice della Strada", a comunicare tale esito al competente ufficio del Dipartimento per i trasporti terrestri



ESTRATTO DEI CONTENUTI DELLA RELAZIONE MEDICA
AI FINI DELLA CONFERMA DI VALIDITÀ DELLA PATENTE DI GUIDA
(ART. 4, CO. 1, DEL DECRETO DEL CAPO DEL DIPARTIMENTO PER I TRASPORTI, LA NAVIGAZIONE ED I
SISTEMI INFORMATIVI E STATISTICI 15 NOVEMBRE 2013)

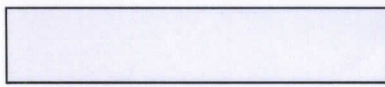
DATI RELATIVI AL SOGGETTO CERTIFICATORE
CODICE IDENTIFICATIVO:

DATI RELATIVI AL TITOLARE DI PATENTE

SIG. (Cognome) (Nome)
NATO il ____/____/____ sesso ☒ M ☐ F codice fiscale.....
(giorno/mese/anno) (se attribuito)
STATO di nascita COMUNE di nascita
(in caso di conducente nato all'estero, valorizzare solo se conosciuto)
PROVINCIA di nascita
(valorizzare solo in caso di conducente nato in Italia)
TITOLARE DI PATENTE n. Categorie Rilasciata il ____/____/____
INDIRIZZO C/O IL QUALE INVIARE LA PATENTE
(Provincia) (Comune)
(Toponimo) Indirizzo
(Via/Piazza) (numero civico) (CAP)

DATI RELATIVI ALLA VISITA MEDICA

EFFETTUATA in data ____/____/____ in (Provincia) (Comune)
NUOVA DATA SCADENZA ☐ con le seguenti prescrizioni (codici UE):
____/____/____ (da compilare solo per validità ridotta) (barrare e compilare, se ricorre il caso)
Conducente:
Modifiche del veicolo (solo in caso di visita presso una CML):



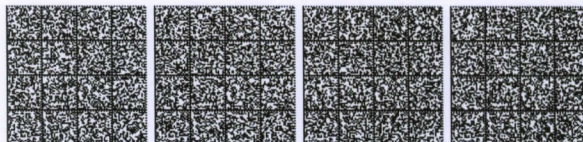
(Firmare entro il riquadro)

DICHIARAZIONE DI AUTENTICITÀ FOTOGRAFIA

Si dichiara che la fotografia che si allega alla presente comunicazione è quella del
Sig., come in epigrafe generalizzato, identificato a mezzo della ☐ patente di
guida della quale si richiede la conferma di validità ☐ del documento n.
..... rilasciato da il ____/____/____, con scadenza in data
____/____/____.

LUOGO e DATA
Nome e cognome del medico che effettua la visita

(firma, timbro e codice se ricorre il caso di cui all'articolo 5, co. 2, del DD)





Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti

RICEVUTA DELL'AVVENUTA CONFERMA DI VALIDITÀ DELLA PATENTE DI GUIDA

(ART. 4, CO. 3, DEL DECRETO DEL CAPO DEL DIPARTIMENTO PER I TRASPORTI, LA NAVIGAZIONE ED I SISTEMI INFORMATIVI E STATISTICI 15 NOVEMBRE 2013)

Si attesta che, in data ____/____/____ alle h. ____:____, è stata acquisita telematicamente, con protocollo n. _____, la comunicazione inviata ai sensi dell'articolo 126, comma 8, del Codice della Strada da

(Dott. o Uff. di Medicina Legale di o Ufficio Militare di o Commissione Medico Locale di)

relativa all'accertamento dei requisiti fisici e psichici di idoneità alla guida avvenuto, in (località) _____ il (data) ____/____/____,

con esito POSITIVO,

nei riguardi di (cognome, nome, nato il, a ..), titolare della patente di guida n. _____ di categoria _____, rilasciata il ____/____/____ da _____ di _____

Si attesta inoltre che, sulla base dei dati ricevuti, la validità della patente è confermata fino al ____/____/____ con le seguenti prescrizioni (esprese con i codici di cui all'allegato I del decreto legislativo n. 59 del 2011, e succ. mod.):

CONDUCENTE

_____-_____-_____-_____-_____-_____-_____-_____-

FOTO

MODIFICHE AL VEICOLO

_____-_____-_____-_____-_____-_____-_____-_____-

_____-_____-_____-_____-_____-_____-_____-_____-

Il duplicato della patente di guida, ai sensi dall'articolo 126, co. 8, del Codice della Strada, è trasmesso per posta assicurata, a carico del destinatario, al seguente indirizzo di recapito, indicato dal titolare: (indirizzo, cap, comune provincia)

La presente ricevuta è valida ai fini della circolazione fino al ricevimento del duplicato della patente di guida, e comunque non oltre 60 giorni dalla data di rilascio. In caso di mancato ricevimento del duplicato di patente entro giorni, contattare telefonicamente il n. dalle h ____:____ alle h ____:____ nei giorni

Il medico accertatore
(o il Presidente della CML)

