

Prot. n°	Del
----------	-----

MARCA DA
BOLLO DA
€. 16,00

COMMISSIONE MEDICA LOCALE IN MATERIA DI PATENTI DI GUIDA
Via Fiume 137 – 19100 La Spezia

Io sottoscritt _____
nat _____ a _____ () il _____
nazionalità _____ codice fiscale _____
residente in _____ ()
via _____ n° _____ cap _____
tel _____ altezza cm. _____ peso Kg. _____
mail _____
documento d'identità _____ n° _____
rilasciato da _____ il _____

CHIEDO

di essere sottoposto a visita medica per

conferma ATTESTATO

della patente di categoria _____ numero _____ rilasciata dalla

MOTORIZZAZIONE CIVILE di _____ il _____
PREFETTURA

Preso visione dell'INFORMATIVA SUI DATI PERSONALI, ai sensi dell'art. 23 del decreto legislativo n. 196/2003 e s.m.i., AUTORIZZO la Commissione Medica Patenti e l'ASL Ligure 5 al trattamento dei propri dati personali per l'istruzione della presente pratica. Autorizzo, altresì, la visura della documentazione sanitaria presente negli archivi dell'ASL.

DATA _____

FIRMA _____

L'INTERESSATO PRIMA DELLA VISITA DOVRA' SOTTOSCRIVERE DINNANZI ALLA COMMISSIONE UNA DICHIARAZIONE RELATIVA ALLA SUSSISTENZA O MENO DI DETERMINATI PRECEDENTI MORBOSI.
LA COMMISSIONE AVRA' FACOLTA' DI RICHIEDERE ESAMI CLINICI O STRUMENTALI, IN ASSENZA DI ADEGUATA DOCUMENTAZIONE SANITARIA PRODotta DALL'INTERESSATO.

N.B. L'eventuale riscontro da parte della Commissione di patologie che richiedano la presenza di un membro supplementare comporterà un versamento integrativo da 6,20 Euro .

Per informazioni: Lunedì-Mercoledì-Venerdì Ore 8.30. – 11.00

Riservato all'Ufficio

Codice Patologia	Validità Mesi	Certificato Consegnato il
------------------	---------------	---------------------------

VISITA EFFETTUATA IL _____

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA:

OSSERVAZIONI:

DEFINITA IL _____ **IDONEO / NON IDONEO**

VALIDITA' MESI _____

DELEGA

Il/la sottoscritto/a.....

nato/a a.....(.....) il.....

Delega

il/la Sig./ra.....

nato/a a.....(.....) il.....

al ritiro del certificato e della eventuale documentazione.

Allega fotocopia dei documenti di identità del delegante e del delegato.

Data.....
.....
(firma)

DOCUMENTAZIONE SANITARIA NECESSARIA ALLA COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI DI GUIDA DA EFFETTUARSI SOLO ED ESCLUSIVAMENTE PRESSO STRUTTURE PUBBLICHE.

VISITA CARDIOLOGICA CON ECG (non antecedenti a 4 mesi) in caso di anamnesi positiva per patologie cardiache e per utenti > 60 anni (Patente D) o utenti > 65 anni (Patente C) – durata 4 mesi.

AFFEZIONI NEUROLOGICHE.....visita neurologica.

EPILESSIA.....visita neurologica (SU MODULISTICA DI LEGGE), dosaggio del farmaco.

MALATTIE PSICHIATRICHE.....visita psichiatrica.

DIABETE.....certificato del centro antidiabetico (SU MODULISTICA DI LEGGE).

**NEFROPATIA.....certificato del nefrologo.
(dialisi)**

**NEFROPATIA.....esami di laboratorio con prove di funzionalità renale.
(insufficienza renale)**

AFFEZIONI EPATICHE.....certificato internistico con esami di laboratorio relativi alla funzionalità epatica.

ALTRE PATOLOGIE.....visita specialistica inerente la patologia.

**INVALIDITA'COPIA CERTIFICATO ATTESTANTE LE PATOLOGIE E L'INVALIDITA'
(civile, del lavoro INAIL ect)**

INABILITA' AL LAVORO.....COPIA CERTIFICATO DELLA COMMISSIONE MEDICA OSPEDALIERA

ABUSO DI SOSTANZE PSICOTROPE.....esame del capello con ricerca multisostanze c/o Laboratorio ASL Sarzana.

VISTA – glaucomaesame del campo visivo.

Apnee notturne/OSAScertificato pneumologico (MODULISTICA DI LEGGE).

***IN CASO DI PREGRESSI ACCERTAMENTI PRESSO ALTRE CML SARA' NECESSARIO PRODURRE
RELATIVA DOCUMENTAZIONE.***

(La documentazione presentata verrà trattenuta pertanto si prega di munirsi di copie)

DOCUMENTI NECESSARI PER OTTENERE IL CERTIFICATO DI IDONEITA' ALLA GUIDA
VEDERE ALTRE ISTRUZIONI ALL'INTERNO

CONFERMA ATTESTATO

1. Fotocopia da ambo i lati della patente di guida
2. Fotocopia del Codice Fiscale.
3. 1 marca da bollo da 16,00 Euro
4. Se portatore di occhiali o lenti a contatto, certificazione dell'ottico o dell'oculista attestante la gradazione delle lenti in uso.
5. Ricevuta di pagamento di 18,59 Euro sul c/c postale n° 11367190 intestato a AZIENDA SANITARIA N. 5 SPEZZINO e l'interessato dovrà indicare nella causale: *competenze a favore della Commissione Medica Locale per le Patenti di Guida.* *
6. Tempi di reazione.
7. Certificato anamnestico rilasciato dal medico curante.
8. Visita Cardiologica con ECG.

Tel. 0187/534517 Email: commissionepatenti@asl5.liguria.it