

|          |     |
|----------|-----|
| Prot. n° | Del |
|----------|-----|

MARCA DA  
BOLLO DA  
€. 16,00

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

lo 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  conseguimento  
 conferma della patente nautica

|                                                                     |                                                       |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Navigazione entro 12 miglia dalla costa    | <input type="checkbox"/> Limitate alle unità a motore |
| <input type="checkbox"/> Navigazione senza alcun limite dalla costa | <input type="checkbox"/> per tutti i tipi di unità    |

Nave da  
diporto

**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 )

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 .**

Orario di sportello : Lunedì, Mercoledì e venerdì ore 08.30 – 11,00

Riservato all'Ufficio

| <b>Codice Patologia</b> | <b>Validità Mesi</b> | <b>Certificato Consegnato il</b> |
|-------------------------|----------------------|----------------------------------|
|-------------------------|----------------------|----------------------------------|

PAGINA RISERVATA ALL'UFFICIO

**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.

**AFFEZIONI CARDIACHE E/O VASCOLARI.....visita cardiologica con ECG/ECO effettuata negli ultimi 3-4 mesi. (ischemia cardiaca, infarto, aritmie, ipertensione, vizi valvolari, ecc.)**

**AFFEZIONI NEUROLOGICHE.....visita neurologica.**

**EPILESSIA.....EEG, 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 – glaucoma .....esame del campo visivo.**

Apnee notturne (OSAS) ..... certificato pneumologico ( MODULISTICA DI LEGGE).

**( LA DOCUMENTAZIONE PRESENTATA VERRA' TRATTENUTA**  
**Pertanto si prega di munirsi di copie)**

**DOCUMENTI NECESSARI PER OTTENERE IL RILASCIO E/O LA CONFERMA DELLA PATENTE**  
**NAUTICA C/O LA COMMISSIONE MEDICA LOCALE**

1. Fotocopia da ambo i lati della carta d'identità o patente nautica.
2. Fotocopia tessera sanitaria.
3. Una fotografia formato tessera.
4. 2(due) marche da bollo da 16,00 Euro.
5. Se portatore di occhiali o lenti a contatto, certificazione dell'ottico o dell'oculista attestante la gradazione delle lenti in uso.
6. Ricevuta di pagamento di 18,59 Euro sul c/c postale n° 11367190 intestato ad AZIENDA SANITARIA N. 5 SPEZZINO e l'interessato dovrà indicare nella causale: *competenze a favore della Commissione Medica Locale di La Spezia.*
7. Documentazione sanitaria (VEDERE PAG. 3 ALL'INTERNO).
8. Tempi di reazione.
9. Certificato anamnestico rilasciato dal medico curante.

**Tel. 0187/534517 Email: [commissionepatenti@asl5.liguria.it](mailto:commissionepatenti@asl5.liguria.it)**