

Prot. n°

Del

MARCA DA
BOLLO DA
€. 16,00COMMISSIONE MEDICA LOCALE IN MATERIA DI PATENTI DI GUIDA
Via Fiume 137 – 19122 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 _____

C H I E D O

di essere sottoposto a visita medica per [] conseguimento [] duplicato
 [] conferma [] riclassificazione
 [] revisione [] cambio adattamenti

della patente di categoria _____ numero _____ rilasciata dalla _____

MOTORIZZAZIONE CIVILE di _____ il _____
 PREFETTURA

Presa 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 Conseguito 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 PREGESSI 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 PATENTE A , B, C, D *

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. 1 fotografia recente formato tessera su sfondo bianco (cm 4x3,5).
5. Se portatore di occhiali o lenti a contatto, certificazione dell'ottico o dell'oculista attestante la gradazione delle lenti in uso.
6. Documentazione sanitaria (VEDERE PAG. 3 ALL'INTERNO) da consegnare in sede di visita.
7. Tempi di reazione , Certificato anamnestico rilasciato dal medico curante (solo per patenti C e D).
8. Modulo per Foto/Firma.
9. Ricevuta di pagamento di € 18,59 effettuata tramite PagoPA , su portale Regione Liguria Pagamenti – Ente creditore – Ente ATS , Area 5 - Verbali dipartimento prevenzione , Causale: “Visita CML Patenti – Medicina Legale” *
10. Ricevuta di pagamento pagoPA di € 26,20 (codice N004 su Portale dell'Automobilista) in favore di Direzione Generale Motorizzazione Civile.

* per la conferma di patenti speciali per problemi agli arti, il versamento di cui al punto 9 dovrà essere di Euro 24,79

REVISIONE PATENTE (Disposta dalla Prefettura o dalla Motorizzazione)

1. Decreto di revisione della Prefettura o della Motorizzazione.
2. Fotocopia da ambo i lati della patente di guida se disponibile o della carta d'identità o passaporto.
3. 1 (una) 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. Tempi di reazione , Certificato anamnestico rilasciato dal medico curante (solo per patenti C e D).
6. 1 fotografia recente formato tessera su sfondo bianco (cm 4x3,5).
7. Fotocopia del Codice Fiscale.
8. Documentazione sanitaria (VEDERE PAG. 3 ALL'INTERNO) da consegnare in sede di visita.
9. Modulo per Foto/Firma.
10. Ricevuta di pagamento di € 18,59 effettuata tramite PagoPA , su portale Regione Liguria Pagamenti – Ente creditore ATS , Area 5 - Verbali dipartimento prevenzione , Causale: “Visita CML Patenti – Medicina Legale”.
11. Ricevuta di pagamento pagoPA di € 16 (codice N019 su portale dell'Automobilista) in favore di Direzione Generale Motorizzazione Civile.

CONSEGUIMENTO PATENTE A , B, C, D *

1. Fotocopia da ambo i lati della carta d'identità o passaporto.
2. 1 fotografia recente formato tessera su sfondo bianco (cm 4x3,5).
3. 1(una) 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. Certificato anamnestico rilasciato dal medico curante , da consegnare in sede di visita.
6. Tempi di reazione (solo per patenti C e D).
7. Documentazione sanitaria (VEDERE PAG. 3 ALL'INTERNO) da consegnare in sede di visita.
8. Fotocopia del Codice Fiscale.
9. Modulo per Foto/Firma.
10. Ricevuta di pagamento di € 18,59 effettuata tramite PagoPA , su portale Regione Liguria Pagamenti – Ente ATS , Area 5 - Verbali dipartimento prevenzione , Causale: “Visita CML Patenti – Medicina Legale” *
11. Ricevuta di pagamento pagoPA di € 16 (codice N019 su portale dell'Automobilista) in favore di Direzione Generale Motorizzazione Civile.

* per il conseguimento di patenti speciali per problemi agli arti, il versamento di cui al punto 10 dovrà essere di Euro 24,79

Per ottenere un permesso di guida dovrà essere presente un pagamento PagoPa con codice N019.

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