

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 _____

C H I E D O

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

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)

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

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.**

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 – glaucomaesame 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 effettuata tramite PagoPA , su portale Regione Liguria Pagamenti – Ente creditore AST , Area 5 - Verbali dipartimento prevenzione , Causale: “Visita CML Patenti – Medicina Legale”.
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