

I sottoscritto .....  
nat\_ a ..... il .....  
Residente a ..... Via ..... n.....  
c.a.p..... tel./cel..... e-mail .....  
Codice Fiscale....., **di seguito indicare i dati di recapito della nuova  
patente (solo se diversi da quelli di residenza):** Città..... Via .....  
..... n..... cap..... c/o.....

**CHIEDE**

la **prenotazione** a visita medica presso codesta Commissione per il rilascio del certificato di idoneità psico-fisica alla guida, per:

- RILASCIO** patente - categoria ..... (per i candidati all'esame di guida);
- RINNOVO** patente - categoria ..... con scadenza .....
- DUPLICATO** patente - categoria ..... con scadenza .....
- DECLASSAMENTO** da patente cat. .... a patente cat.....;
- REVISIONE** patente - categoria ..... per verifica dell'idoneità alla guida, richiesta dalla **Motorizzazione Civile o dalla Prefettura** (allegare copia del Provvedimento di Revisione);

dichiaro a tal scopo che il motivo della richiesta di visita in Commissione è il seguente:(**barrare le caselle che interessano**):

- Mutilazioni o patologie invalidanti agli arti**  **Deficit Visivo**  **Deficit Uditivo**  **Cardiopatologia**
- Diabete Mellito**  **Malattia Neurologica**  **Epilessia**  **Malattia Psichiatrica**
- Invalido Civile/Lavoro** – indicare valore percentuale .....%;
- Altre Patologie** (specificare la malattia) .....
- Patente C-E** (>65 anni)  **Patente D-E** (>60 anni);
- Attestazione Annuale** per Pat.**CE** (trasporto merci >20 t.) L.120/10;
- Attestazione Annuale** per Pat.**DE** (trasporto persone) L.120/10;
- Uso di **sostanze Alcoliche** – indicare tasso alcoolemico riscontrato 1°.....mg/l – 2°.....mg/l;
- Uso di **sostanze Stupefacenti** – indicare tipo di sostanza assunta e/o detenuta .....

- 1 Foto formato Tessera
- Fotocopia (leggibile fronte/retro) della **patente di guida** (per rinnovo);
- Fotocopia (leggibile fronte/retro) della **carta d'identità** (per conseguimento o revisione della patente);
- Fotocopia (leggibile) del **Verbale di Invalidità Civile o del Lavoro** (se titolari di invalidità);
- Fotocopia **Provvedimento di Revisione emesso dalla Prefettura e/o Motorizzazione Civile;**

**Firma\* (non firmare sui bordi che delimitano lo spazio per la firma).**

Foto tessera  
Recente  
su fondo bianco  
35X42

Io sig./ra \_\_\_\_\_ dichiaro che la presente foto e firma corrispondono al sottoscritto che firma la presente richiesta di prenotazione, per conferma e acquisizione scansionata di foto e firma ai sensi del D.L. 59/2011 del Capo I del D.Lvo n.2/13 e smi.

- Attestazione di versamento di **€.16,00 + €.10,20** al Dipartimento Trasporti Terrestri Codice N004 - da eseguirsi esclusivamente con il sistema PagoPA, generando i moduli di pagamento PagoPa, collegandosi al sito <https://www.ilportaledellautomobilista.it/web/portale-automobilista/loginspid> accedendo con le proprie credenziali SPID o con carta d'identità elettronica (CIE), e selezionando: Accesso ai servizi -> Pagamento pratiche online PagoPA ----> Nuovo Pagamento -> Ricerca Tariffa -> CONDUCENTI -> PATENTE RINNOVO -> Conferma di validità con Duplicato **Codice N004**--> SELEZIONA PRATICA> Aggiungi pratica al carrello --> Conferma carrello e scegliere: stampa Avviso di pagamento o Paga online Totale €.26,20 (versamento da eseguirsi esclusivamente per rinnovo di patente);
- Attestazione di versamento di **€.16,00** al Dipartimento Trasporti Terrestri - imposta di bollo - **Codice N019** - da eseguirsi esclusivamente con il sistema PagoPA, generando l'Avviso di Pagamento, collegandosi al sito <https://www.ilportaledellautomobilista.it/web/portale-automobilista/loginspid> accedendo con le proprie credenziali SPID o con carta d'identità elettronica (CIE) e selezionando: Accesso ai servizi -> Pagamento pratiche online PagoPA -> Nuovo Pagamento-> Ricerca Tariffa -> VARIE -> IMPOSTE -> SELEZIONA PRATICA. Totale €.16,00 (versamento da eseguirsi esclusivamente nei casi di Rilascio, Revisione, Duplicato, Declassamento di patente);
- Attestazione di avvenuto pagamento di **€.24,80** da eseguirsi esclusivamente mediante il Sistema Aziendale dei Servizi al Cittadino della Asl Bari al link <https://mypay.asl.bari.it/seleziona.aspx> Selezionando: a Tipologia di Pagamento> Commissione Medica Locale Patenti Speciali; a Specifica relativa a/ pagamento-> **Codice 03** — Visita medica per rinnovo/duplicato patente di guida, quindi Dati Anagrafico nome e cognome... E-Mail (obbligatoria).

**DELEGO alla gestione della pratica suddetta (per le agenzie/autoscuole inserire il timbro e la firma dell'incaricato):**

.....

La presente domanda con tutti gli allegati summenzionati potranno essere consegnate con le seguenti modalità:

- **IN PRESENZA**, presso l'Ufficio di Segreteria sito in Bari Via G. Papalia n.16 – 1° piano, esclusivamente nei giorni Martedì, Mercoledì al Giovedì dalle ore 8.30 alle ore 11.30;
- **PORTALE internet della CML**, all'indirizzo <https://commissionepatenti.asl.bari.it> su cui dovrà essere registrata la richiesta di prenotazione della visita medica, con inserimento degli allegati (Domanda, Anamnestico, Patente, Carta d'identità e Versamenti) in un unico formato PDF, mentre la Foto e Firma dovranno essere inseriti, singolarmente, in formato JPEG.

Bari, .....

Firma .....



SCAN ME

#### Informativa Privacy

Ai sensi degli artt. 13-14 del Reg. (UE) 2016/679 (GDPR), La informiamo che i Suoi dati personali, anche appartenenti a categorie particolari (dati sanitari), saranno trattati dall'ASL Bari – Commissione Medica Locale Patenti di Guida, per le finalità connesse alla **prenotazione e gestione della visita medica** e al **rilascio/rinnovo/revisione/declassamento/duplicato della patente di guida**, nonché per gli adempimenti amministrativi e le comunicazioni obbligatorie verso gli enti competenti (es. Motorizzazione, Prefettura, INPS, INAIL).

Il **Titolare del trattamento** è l'ASL Bari (Lungomare Starita 6, Bari – pec: protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it). Il **Responsabile della Protezione dei Dati (DPO)** è contattabile all'indirizzo: dpo@asl.bari.it – pec: [protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it](mailto:protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it). Il conferimento dei dati è **obbligatorio** per l'erogazione della prestazione; il mancato conferimento impedisce la prenotazione della visita e il rilascio del certificato di idoneità.

I dati saranno trattati nel rispetto dei principi di liceità, correttezza e riservatezza, conservati secondo i tempi previsti dalla normativa e potranno essere comunicati a soggetti autorizzati e ad enti pubblici competenti. Non è previsto trasferimento a Paesi extra UE né processi decisionali automatizzati.

Gli interessati possono esercitare i diritti di accesso, rettifica, cancellazione, limitazione, opposizione, nonché il diritto di reclamo al Garante Privacy ([www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it)), rivolgendosi al Titolare o al DPO ai recapiti sopra indicati.

L'informativa completa è disponibile sul sito istituzionale dell'ASL Bari, sezione "Privacy" all'indirizzo <https://www.sanita.puglia.it/web/asl-bari/informative-privacy>.