

**ALLA COMMISSIONE MEDICA LOCALE
PATENTI DI GUIDA DI BRINDISI
PIAZZA "A. DI SUMMA" 1
72100 B R I N D I S I
Tel. 0831 510391 – fax 0831510382
email: commissionemedicapatenti@asl.brindisi.it**

LA RICHIESTA DEVE ESSERE COMPILATA IN OGNI PARTE

I_ sottoscritto_ cognome nome
nat_ a il
Residente a Via n
c.a.p. tel. ; Codice Fiscale

di seguito indicare i dati di recapito della nuova patente, solo se diversi da quelli di residenza:

Via n Città c.a.p.

C H I E D E

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

☐ **RINNOVO PATENTE**

☐ **Rilascio** ☐ **Revisione** ☐ **Duplicato** ☐ **Cambio Categoria**

per patente di guida di categoria:

A	B	C	D	E	CAP	AS	BS	CS	C.I.G.	Nautica
----------	----------	----------	----------	----------	------------	-----------	-----------	-----------	---------------	----------------

Motivo della richiesta di visita in Commissione (barrare la casella che interessa):

☐ Affezioni cardio vascolari (art.320/a)	☐ Malattie dell'apparato uro-genitale (art. 320/h)
☐ Diabete Mellito (art.320/b)	☐ Mutilazioni o patologie invalidanti agli arti (art.327)
☐ Malattie endocrine (art. 320/c)	☐ Invalido Civile/Inail/Inps/Causa di Servizio/Legge104
☐ Malattia Neurologica (art.320/d)	☐ Trapianto organi
☐ Epilessia (art. 320/d)	☐ Malattia tumorale
☐ Malattia Psichiatrica (art.320/e)	☐ Limiti di età patenti di cat. Superiore
☐ Uso di sostanze Stupefacenti (art.320/f)	☐ Patologie oculari progressive (art.322)
☐ Uso di sostanze Alcoliche (art.320/f)	☐ Deficit Uditivo (art.326)
☐ Malattie del sangue (art. 320/g)	☐ Malattie dell'apparato respiratorio
☐ Altro (specificare quale malattia)	
☐ NO ☐ SI In data Provincia	

Brindisi,

Firma

DICHIARAZIONE AI SENSI DELLA LEGGE SULLA PRIVACY

Ai sensi del Decreto Legislativo 30/06/2003 n.196 sono stato informato del fatto che i dati personali e quelli riguardanti le mie condizioni di salute, emersi a seguito della presente visita, tutelati dal segreto d'ufficio, saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge. Saranno trasmessi ai competenti uffici pubblici, a loro volta vincolati dall'obbligo, per gli adempimenti di competenza previsti dalla Legge.

Il sottoscritto autorizza il personale della Commissione Medica Locale di Brindisi, se lo riterrà necessario, ad esaminare ed estrarre copia della documentazione sanitaria che lo riguarda, conservata presso strutture pubbliche. Inoltre autorizza l'inserimento dei dati personali e di quelli riguardanti le proprie condizioni di salute, emersi nel corso della presente visita, in una cartella clinica medico-legale, che potrà essere esaminata dal personale autorizzato, vincolato dall'obbligo del segreto d'ufficio, a seguito di qualsiasi richiesta di benefici presentata a strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

Brindisi,

Firma

**PER INFORMAZIONI E PRENOTAZIONI LA SEGRETERIA È APERTE NEI GIORNI DI:
LUNEDI MERCOLEDI VENERDI DALLE ORE 9.00 ALLE ORE 12.00**

- ☐ Fotocopia della patente di guida (per rinnovo)
- ☐ Fotocopia documento d'identità (per conseguimento o revisione patente)
- ☐ Fotocopia del codice fiscale
- ☐ Fotocopia verbale d'invalidità civile/Inail/Inps/Causa di servizio/legge 104
- ☐ Certificato anamnestico del medico di fiducia
- ☐ Fotocopia del provvedimento di revisione Prefettura – motorizzazione civile
- ☐ Fotocopia denuncia di smarrimento della patente di guida (in caso di smarrimento)
- ☐ 1 marca da bollo da €. **16.00** (solo per conseguimento, revisione, duplicato)
- ☐ 1 Foto formato tessera 35x42 su sfondo bianco
- ☐ versamento da €. **24.80** da effettuare c/o c.u.p. ASL Br
- ☐ versamento da €. **22,40** da effettuare c/o c.u.p. ASL Br (per patenti superiori **C,D,E.**)
- ☐ Attestazione di versamento €. **16,00** c.c.postale n. **4028** int. Dipartimento Trasporti Terrestri-Imposta di Bollo, in originale su bollettino prestampato, disponibile presso tutti gli Uffici postali, in originale (per rinnovo della patente);
- ☐ Attestazione di versamento €. **10,20** sul c.c.postale n. **9001** int. Dipartimento Trasporti Terrestri-Diritti L14-67, in originale su bollettino prestampato, disponibile presso tutti gli Uffici postali, in originale (per rinnovo della patente), da eseguirsi non prima dei 3 mesi dalla data di scadenza della propria patente;

AVVERTENZA

AL MOMENTO DELLA VISITA MEDICA IN COMMISSIONE L'INTERESSATO DOVRA' ESIBIRE IN ORIGINALE LA DOCUMENTAZIONE SANITARIA RICHIESTA E CONSEGNARNE COPIA PER GLI ATTI DELLA COMMISSIONE;

NOTA BENE

- **IN SEDE DI VISITA MEDICA POTRA' ESSERE RICHIESTA, DA PARTE DEL COLLEGIO MEDICO, ULTERIORE CERTIFICAZIONE SANITARIA AD INTEGRAZIONE.**
- **TUTTI GLI ACCERTAMENTI SANITARI RICHIESTI NON DEVONO ESSERE STATI RILASCIATI IN DATA ANTECEDENTE A 3 MESI DALLA DATA DELLA VISITA MEDICO COLLEGALE.**
- **ALLA PROSSIMA VISITA DI RINNOVO DELLA PATENTE LA DOMANDA ANDRA' PRESENTATA ALMENO 3 MESI PRIMA DELLA SCADENZA.**

DOCUMENTAZIONE SANITARIA RICHIESTA ALL'UTENTE, SPECIFICA PER PATOLOGIA

AFFEZIONI CARDIOVASCOLARI:

Visita specialistica Cardiologica con ECG
Ecocardiogramma con Frazione di Eiezione
Se impianto di PM e/o ICD: attestazione corretto funzionamento

DIABETE:

Certificato di visita specialistica Diabetologica redatto su Modulistica predefinita.

MALATTIE ENDOCRINE:

Esami di laboratorio
Certificato di visita specialistica Endocrinologia.

MALATTIE NEUROLOGICHE:

visita specialistica Neurologica;

ESITI TRAUMI CRANICI:

visita specialistica Neurologica;

EPILESSIA:

certificato di visita specialistica Neurologica redatta su Modulistica predefinita;
Elettroencefalogramma.

INVALIDI CIVILI - INPS INAIL - DI GUERRA - PER CAUSA DI SERVIZIO - legge 104:

relativo verbale di riconoscimento

MALATTIE PSICHICHE:

Certificato specialistico psichiatrico con indicazione:
- della patologia;
- della terapia farmacologica assunta;
- dello stato di compenso;
- dell'influenza di questi tre fattori nella capacità di guida.

ALCOOL e/o STUPEFACENTI:

Accertamenti disposti dalla Commissione.

MALATTIE TUMORALI:

Certificato di visita specialistica Oncologica.

DIALISI O TRAPIANTO RENALE:

Certificato di visita specialistica Nefrologica con indicazione dello stato di compenso.

AFFEZIONI RESPIRATORIE:

Se in Ossigenoterapia: certificato di visita specialistica Pneumologica con indicazione delle ore di terapia.
Polisonnografia

MINORAZIONI VISIVE:

Certificato di visita specialistica Oculistica su Modulistica predefinita.

MINORAZIONI UDITIVE:

Se uso di protesi correttive: certificato del costruttore che attesti l'efficienza della protesi.

ALTRO:

☐

Tutti gli Utenti, a prescindere dalla patologia sofferta dovranno esibire:

Eventuali referti in possesso (esami del sangue, accertamenti strumentali, visite specialistiche, lettere dimissioni di ricoveri,ecc.) che sono stati effettuati dopo l'ultima visita in commissione o, se è la prima visita, negli ultimi 2 anni.

Data

Firma

COMMISSIONE MEDICA LOCALE DI BRINDISI

RELAZIONE DI VISITA MEDICA

relativa alla persona di nato a il
documento di riconoscimento nr.
rilasciato da il

il quale informato, in relazione agli stati patologici di seguito elencate, che in caso di dichiarazione mendace si provvederà, salvo che non si configuri altra ipotesi di reato, a sottoporre, ai sensi degli Artt. 128, 129, 130 del Codice della Strada, così come modificati dagli articoli 9, 10 e 11 del DPR 19 aprile 1994 n. 575, a revisione la patente di guida con conseguente revoca o sospensione della stessa,

DICHIARA:

Sussistono patologie dell'apparato cardiocircolatorio Se SI, indicare, quali:	SI	NO
Sussiste diabete (mellito) Se SI, indicare, quali: ☐ Insulino-dipendente ☐ NON insulino-dipendente	SI	NO
Sussistono altre patologie endocrine Se SI, indicare, quali:	SI	NO
Sussistono turbe e/o patologie psichiche Se SI, quali :	SI	NO
E' attualmente (è stato) in cura con sostanze psicoattive Se SI, indicare, quali, il periodo di riferimento ed i dosaggi:	SI	NO
Sussistono malattie neurologiche Se SI, indicare, quali:	SI	NO
Soffre di epilessia o ha manifestato crisi epilettiche Se SI, la data dell'ultima crisi e indicare la terapia eseguita:	SI	NO
Ha avuto problemi relativi ad abuso di alcolici e/o stupefacenti Se SI, indicare quali:	SI	NO
Sussistono malattie del sangue e/o malattie tumorali. Se SI, specificare quali:	SI	NO
Sussistono malattie dell' apparato uro-genitale (<i>ad es.: Insufficienza Renale Cronica</i>). Se SI, specificare quali:	SI	NO
Sussistono malattie osteoarticolari o muscolari gravi Se SI, specificare quali:	SI	NO
In passato e' stato visitato presso una Commissione Medica Locale Patenti Se SI, specificare di quale provincia e per quale motivo :	SI	NO
E' stato riconosciuto invalido Se SI, specificare : ☐ CIVILE ☐ INPS ☐ INAIL ☐ DI GUERRA ☐ PER CAUSA DI SERVIZIO	SI	NO
E' mai stato ricoverato Se SI, specificare per quale motivo	SI	NO
Sussistono patologie visive Se SI, specificare quali:	SI	NO
Sussistono patologie uditive Se SI, quali Utilizza protesi acustiche. Se SI, indicare: ☐ orecchio dx ☐ orecchio sx	SI	NO
Altro:	SI	NO

Data

Firma

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Io sottoscritto dichiaro di aver ricevuto le informazioni di cui all'articolo 13 del D. Lgs 196/2003 con specifico riguardo ai diritti a me riconosciuti dalla Legge ex art. 7 del D.Lgs 196/2003. In particolare, consapevole che l'accertamento medico legale è obbligatorio al fine di accertare l'assenza di condizioni ostative al rilascio dell'idoneità per il conseguimento o per la conferma di validità della patente di guida e che i dati riportati nel presente verbale saranno custoditi agli atti della CML responsabile del procedimento e titolare del trattamento, acconsento al trattamento dei miei dati con le modalità e per la finalità illustratemi.

Data

Firma

Vista la sotto elencata documentazione, prodotta ed acquisita agli atti (2)