|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ***DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE***  ***Commissione Medica Locale Patenti di Guida Speciali***  P.zza Pavoncelli, 11 – 71121 Foggia  Portale web: **https:**//www.sanita.puglia.it/web/asl-foggia  **https:**//www.sanita.puglia.it/web/asl-foggia/dipartimenti\_det/-/journal\_content/56/36044/dipartimento-di-prevenzio-2  **e mail:** commissionepatentispeciali@aslfg.it | **Mod.n.01/2025**  **Pagina 1 di 2** |
| **PRENOTAZIONE** | | |

# Il/La sottoscritto/a………………………………………………………………….……………………………………………………………… nato/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……………………….. C.A.P.…………………............................ c/o……………………………………………………………………...................................................................................................................................

**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:

* **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 □ Cardiopatia

* **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 alcolemico 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**).

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 si 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 **htt**[**ps://www.ilportaledellautomobilista.it/web/portale-automobilista/loginspid**](http://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 **htt**[**ps://www.ilportaledellautomobilista.it/web/portale-automobilista/loginspid**](http://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 FG al link \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_selezionando:

**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 Foggia – P.zza L.Pavoncelli,11- esclusivamente nei giorni Martedì, Mercoledì al Giovedì dalle ore 8.30 alle ore 11.30;

# FOGGIA ……………………….……….. Firma …………………………….………………………………………

**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 FG – 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 FG , via M.Protano,13 71121 Foggia

PEC: aslfg@mailcert.aslfg.it

Il **Responsabile della Protezione dei Dati (DPO)** è contattabile all’indirizzo: [rpd@aslfg.it](mailto:dpo@asl.bari.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/?utm_source=chatgpt.com), rivolgendosi al Titolare o al DPO ai recapiti sopra indicati.

L’informativa completa è disponibile sul sito istituzionale dell’ASL FG, sezione “Privacy” all’indirizzo

https://www.sanita.puglia.it/web/asl-foggia/privacy-portale