

AZIENDA ASL TA
COMMISSIONE MEDICA LOCALE
PER L'ACCERTAMENTO DEI REQUISIT PSICOFISICI
PER LA GUIDA DEI VEICOLI A MOTORE
VIA PUPINO 2/C TARANTO 099/4585503
mail: commissionepatentispeciali@asl.taranto.it

Il/la sottoscritto/a.....
nato/a.....provincia di.....il.....
e residente avia.....n.....
cod. fiscale n.....telefono del'interessato.....

RICHIEDE

- ☐ **conseguimento** ☐ **rinnovo** ☐ **revisione** ☐ **duplicato** ☐ **declassamento/riclassificazione**
della patente di guida ctg.....n.....rilasciata da.....di.....
il.....con validita' fino al
- ☐ **copia denuncia smarrimento** ☐ **copia verbale ritiro patente** ☐ **copia provvedimento**
revisione ☐ **certificato anamnestico L. 120/2010** ☐ **copia verbale I.C.** ☐ **1 fototessera recente**
☐ **copia patente e tessera sanitaria fronte retro** ☐ **copia carta identità**

TIPOLOGIA: 1 ☐ **VISTA** 2 ☐ **DIABETE** 3 ☐ **PATOLOGIA CARDIOVASCOLARE** 4 ☐ **EPILESSIA**
5 ☐ **PATOLOGIE PSICHIATRICHE/NEUROLOGICHE** 6 ☐ **VIOLAZIONE ART 186/2 -187 - 75 del C.d.S**
7 ☐ **UDITO** 8 ☐ **ARTI INF./SUP** 9 ☐ **PATOLOGIA RESPIRATORIA** 10 ☐ **PATENTE SUPERIORE PER ETA'**
11 ☐ **ALTRO**

- ☐ **Versamento di 10.20 euro su C/C 9001 intestato al Dipartimento Trasporti Terrestri (SOLO PAGAMENTO PAGOPA INTESTATO AL PAZIENTE).**
- ☐ **Versamento da 16.00 euro su C/C 4028 Dipartimento Trasporti Terrestri (SOLO PAGOPA INTESTATO AL PAZIENTE)**
- ☐ **Versamento 18.60 euro su c/c postale n. 1002925418 intestato a "ASL TARANTO- COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI GUIDA- SERV. TES." (Causale: Visita CML) (TIPOLOGIA n. 2-3-4-5-11)**
- ☐ **Versamento 24.80 euro su c/c postale n. 1002925418 intestato a "ASL TARANTO- COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI GUIDA- SERV. TES." (Causale: Visita CML) (tipologia n. 6)**
- ☐ **Versamento 31.00 euro su c/c postale n. 1002925418 intestato a "ASL TARANTO- COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI GUIDA- SERV. TES." (Causale: Visita CML) (tipologia n. 1-7-8)**
- ☐ **Versamento 41.00 euro su c/c postale n. 1002925418 intestato a "ASL TARANTO- COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI GUIDA- SERV. TES." (Causale: Visita CML) (tipologia n. 9- 10)**

N.B. LA DOMANDA SARÀ PRESA IN ESAME SE COMPILATA INTEGRALMENTE E TRASMESSA IN
FORMATO PDF ALLA MAIL: commissionepatentispeciali@asl.taranto.it

Taranto li.....

Firma.....

REGIONE PUGLIA
Azienda Sanitaria Locale TA
COMMISSIONE MEDICA LOCALE
Via Pupino 2/C 74123 Taranto
0994585503

AUTODICHIARAZIONE (da consegnare insieme all'istanza di visita per la patente di guida in CML)

IL SOTTOSCRITTO.....
DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' CHE LA
FIRMA APPOSTA IN CALCE E' AUTENTICA.

Data

Firma



**N.B LA FIRMA DEVE ESSERE APPOSTA NELLO SPAZIO INDICATO SENZA
SUPERRARE I BORDI, AI FINI DELLA CONGRUITA' DELL ATRASMISSIONE
DIGITALE.**

RELAZIONE DI VISITA MEDICA

(Da conservare agli atti)

Conferma della patente di guida categoria.....

VISITA MEDICA iniziata in data.....relativa alla persona di:.....

.....
(Cognome) (Nome)
nat.a (.....) il
documento di riconoscimento.....nr.
rilasciato dail

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

(2)

DICHIARA

-sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio SI ☐ NO ☐
(Se SI quali.....)

-sussiste diabete SI ☐ NO ☐
(Se SI specificare se insulino-dipendente.....)

-sussistono altre patologie endocrine SI ☐ NO ☐
(Se SI quali.....)

-sussistono turbe e/o patologie psichiche SI ☐ NO ☐
(Se SI quali.....)

-fa uso di sostanze psicoattive SI ☐ NO ☐
(Se SI quali.....)

-sussistono patologie del sistema nervoso SI ☐ NO ☐
(Se SI quali.....)

-soffre di epilessia o ha manifestato crisi epilettiche SI ☐ NO ☐
(Se SI specificare quando si è manifestata l'ultima.....)

-sussistono malattie del sangue SI ☐ NO ☐
(Se SI quali.....)

-sussistono malattie dell'apparato uro-genitale SI ☐ NO ☐
(Se SI quali.....)

-sussistono patologie visive SI ☐ NO ☐
(Se SI quali.....)

-sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio SI ☐ NO ☐
(Se SI quali.....)

-sussistono patologie uditive SI ☐ NO ☐
(Se SI quali.....)

-è invalido civile o del lavoro o di guerra o per servizio SI ☐ NO ☐
(Se SI specificare per quali malattie ed in quale misura (%/Tab.).....)

Firma dell'interessato

Data.....

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Io sottoscritto.....dichiaro di aver ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del D.Lgs 196/2003 con specifico riguardo ai diritti a me riconosciuti dalla ex legge 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 pre il conseguimento o la conferma della patente di guida e che i dati riportati nel presente verbale saranno custoditi agli atti del medico responsabile del procedimento titolare del trattamento. Acconsento al trattamento dei miei dati con le modalità e per le finalità illustrate.

Firma dell'interessato

Data.....