

FOTO

Marca  
da bollo  
di €16,00

FIRMA



**ALLA COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI DI GUIDA DI TRAPANI**

(Decreto 21 giugno 1991 n. 286)

Viale Della Provincia , Casa Santa di Erice (Cittadella della Salute), TEL. DOPO LE ORE 12,00 0923472441 Fax 472442

L'Ufficio riceve il Lunedì - Mercoledì - Venerdì dalle ore 9,00 alle ore 12,00

Pomeriggio Giovedì solo per informazioni dalle ore 15,30 alle ore 17,00

Il Sott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residenza o domicilio \_\_\_\_\_ Via/C. da \_\_\_\_\_

CHIEDE: **CONFERMA**  **RILASCIO**  **REVISIONE**

DELLA PATENTE: A B C D E K AS BS CS NAUTICA AM Statura \_\_\_\_\_

ALLEGA ALLA PRESENTE LA CONTRASSEGNA DOCUMENTAZIONE: Peso \_\_\_\_\_

- Due fotografie formato tessera
- Una marca da bollo di € 16.00
- Attestazione di versamento imposta di bollo di €16,00 presso UNICREDIT -INCASSO DI "SOSPESO DI TESORERIA" TRANSAZIONE T01 sul codice ente 9801710 "BOLLO PATENTI REGIONE SICILIANA,
- Attestazione di versamento di € ..... sul C/C postale n. 13237912 intestato a : AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI TRAPANI - COMMISSIONE MEDICA LOCALE PER PATENTI GUIDA.
- Attestazione versamento € 10,20 sul circuito PAGO PA - causale: 2T rinnovo patenti regione Sicilia (collegandosi con SPID o CIE al portale dell'automobilista per generare lo IUUV che permetterà il pagamento presso qualsiasi sportello postale o bancario
- Fotocopia Tessera Sanitaria -fronte-retro
- Fotocopia della patente N° \_\_\_\_\_ ◆ Mail: \_\_\_\_\_
- Fotocopia della carta d'identità N° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- In caso di smarrimento di patente, allegare fotocopia verbale di denuncia.
- Revisione sanitaria disposta dalla Motorizzazione: allegare copia della lettera di richiesta accertamenti.
- Revisione sanitaria disposta dalla Prefettura: allegare copia della lettera di richiesta accertamenti;
- Certificato Medico curante Anamnestico: per conseguimento di patente o x Ultra - settantacinquenni
- Tempi di reazione semplici e complessi se trattasi di patente C - D - E - K
- DI / NON ESSERE invalido civile. (allegare la fotocopia del verbale di invalidità)

TEL. 092\_\_ / \_\_\_\_\_  
Cell \_\_\_\_\_

**LE CERTIFICAZIONI SANITARIE DOVRANNO ESSERE CONSEGNATE AL MOMENTO DELLA VISITA**

**LA DOCUMENTAZIONE SANITARIA NON DOVRA' AVERE DATA ANTERIORE AI SEI MESI**

- a) Minorato della vista: allegare certificato oculistico, rilasciato dallo specialista; (con indicazione del visus naturale e corretto e prescrizione delle lenti - fondo oculare per i soggetti affetti da diabete).
  - b) Minorato dell'udito e della parola: se portatore di protesi acustica allegare certificazione delle caratteristiche tecniche e della efficienza della stessa
  - c) Minorato degli arti: se portatore di protesi allegare certificazione del costruttore relativa alla sua efficienza
- Affezioni e malattie invalidanti:**

- affezioni cardiovascolari (allegare visita cardiologia, ECG e valutazione classe NYHA.)
- diabete mellito (allegare certificato rilasciato da un Diabetologo, valutazione. validità patente, E.C.G.)
- epilessia (allegare certificato medico curante attestante data ultima crisi, certificato neurologico ed E.E.G.)
- malattie neurologiche (allegare cert. neurologico da struttura pubblica)
- malattie dell'apparato urogenitale (allegare azotemia e creatininemia)
- malattie endocrine (allegare certificazione e esami di routine)
- sindrome vertiginosa (Allegare visita ORL)
- malattie del sangue (allegare esami di routine)
- broncopatia (allegare visita pneumologica)

Il sottoscritto consente il trattamento dei dati personali ordinari che lo riguardano nei limiti indicati dalle previsioni di cui all'art. 10 della L. 675/96 e successive modifiche e integrazioni.

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(ai sensi dell'Art. 47 D.P.R. 28.12.2000, n.445, anche noto come T.U. sulla semplificazione amministrativa)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e residente  
in \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) nella via \_\_\_\_\_  
n° \_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_ recapito telefonico (obbligatorio) \_\_\_\_\_, peso  
Kg. \_\_\_\_\_ altezza m. \_\_\_\_\_ nell'ambito dell'accertamento medico legale dell'idoneità  
psicofisica al conseguimento/conferma della patente di guida/patente nautica di cui alla  
categoria \_\_\_\_\_ e consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e/o l'uso  
di atti falsi nei casi previsti dal suddetto D.P.R. sono puniti ai sensi del Codice Penale e  
delle leggi speciali in materia ai sensi e per gli effetti dell'Art. 76 dello stesso D.P.R.,

## DICHIARA

(contrassegnare la casella interessata)

	SI	NO
• Sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sussiste diabete?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sussistono patologie endocrine (tiroide - surrene etc.)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sussistono turbe e/o patologie psichiche?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ha fatto o fa uso di sostanze stupefacenti?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ha fatto o fa uso di sostanze alcoliche?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Soffre di epilessia o crisi epilettiche? Data ultima crisi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sussistono malattie del sangue?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sussistono patologie dell'apparato uro-genitale (insuff. renale)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sussistono patologie dell'apparato osteo-articolare? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ha invalidità civile o altra invalidità?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ha problemi d'udito?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ha patologie dell'occhio (retinopatie, glaucoma, cheratocono etc.)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Porta occhiali?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Utilizza protesi acustiche?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sussistono patologie neurologiche?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Altro.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Trapani, li \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

-----  
Firma per esteso e leggibile del/della dichiarante

### SE MINORENNE:

l'identità del dichiarante è accertata a mezzo esibizione documento riconoscimento/identità del genitore

e/o tutore: Sig./ra \_\_\_\_\_ documento \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_ rilasciato da: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_.

-----  
Firma per esteso e leggibile del genitore e/o tutore