

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. 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 _____

Peso _____

ALLEGA ALLA PRESENTE LA CONTRASSEGNA DOCUMENTAZIONE:

- 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 C/C n. 9001 intestato DIP. TRASPORTI T.DIRITTI L14 -67
- Fotocopia Tessera Sanitaria
- Fotocopia della patente N° _____ ◆ Mail: _____
- Fotocopia della carta d'identità in caso di primo rilascio. 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;
- DI / NON ESSERE invalido civile. (allegare la fotocopia del verbale di invalidità)
- **Tempi di reazione semplici e complessi + certificato oculistico (Vedi l'Allegato) se trattasi di patente C - D - E -**

LE CERTIFICAZIONI SANITARIE DOVRANNO ESSERE CONSEGNATE AL MOMENTO DELLA VISITA

LA DOCUMENTAZIONE SANITARIA NON DOVRA' AVERE DATA ANTERIORE AL 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
- d) **Certificato Medico curante Anamnestico:** per conseguimento di patente o x Ultra - settantacinquenni

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.,

D I C H I A R A

(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