



AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI
Via del Terminillo n. 42 — 02100 RIETI — Tel. 0746 2781
Codice Fiscale e Partita IVA 00821180577



DOMANDA DI VISITA COMMISSIONE PATENTI

DA COMPILARE ALLEGANDO:

- **FOTOCOPIA LEGGIBILE** della patente in caso di Rinnovo o altro documento d'identità in caso di Revisione
- **FOTOCOPIA LEGGIBILE** del provvedimento di Revisione (in caso di revisione da Prefettura o Forze dell'Ordine)

Il/La Sig. nato a

il C.F.

Residente (cap) Via N°

Domicilio (cap) Via N°

Tel. Cell. E-mail:

Altezza peso

CHIEDE

la visita medica per:

• TIPOLOGIA DELLA PRENOTAZIONE

- | | | |
|--|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CONSEGUIMENTO PER REVOCA | <input type="checkbox"/> REVISIONE | <input type="checkbox"/> RINNOVO |
| <input type="checkbox"/> DECLASSAMENTO O RICLASSIFICAZIONE | <input type="checkbox"/> DUPLICATO | |

• MALATTIE / MOTIVAZIONI

- | | | |
|------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> PATOLOGIE | <input type="checkbox"/> SOSPENSIONE (artt. 186, 187) | <input type="checkbox"/> PATENTI SPECIALI (Ingegnere) |
|------------------------------------|---|---|

per patente di guida di categoria: N° PATENTE _____

A	B	C	D	E	K	AS	BS	CS	AM	Nautica
---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	---------

Ai sensi della L. 11. gi. del 28.2.2003 n. 14, nonché Art. 2.20 del 2004, s'intende che tutti i dati personali inseriti alla S.V. sono stati acquisiti da questa struttura sanitaria, in relazione alle prestazioni richieste. Le informazioni inserite in questo modulo sono a uso interno e non vengono divulgate. Si conferma inoltre che le modalità e le procedure adottate da questa sede sono state in conformità delle disposizioni contenute nel Codice della Strada.

Data _____

FIRMA _____

**DICHIARAZIONE DA FIRMARE IN PRESENZA DEL MEDICO**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

NATO/A PRO (.....)

IL ____ / ____ / ____ RESIDENTE IN

VIA N° TEL.

Nell'ambito dell'accertamento medico-legale dell'idoneità psico-fisica al conseguimento/conferma validità della patente di guida ai veicoli di cui alla categoria **A, B, C, D, E, K**.

DICHIARA

- | | | |
|--|----|----|
| ● SUSSISTONO PATOLOGIE DELL'APPARATO CARDIO-CIRCOLATORIO
(se SI quali)) | SI | NO |
| ● SUSSISTE DIABETE
(se SI specificare se INSULINO DIPENDENTE SI NO | SI | NO |
| ● SUSSISTONO ALTRE PATOLOGIE ENDOCRINE
(se SI quali)) | SI | NO |
| ● SUSSISTONO TURBE E/O MALATTIE PSICHICHE O NEUROLOGICHE
(se SI quali)) | SI | NO |
| ● FÀ USO DI SOSTANZE PSICOATTIVE
(se SI quali)) | SI | NO |
| ● SOFFRE DI EPILESSIA O HA MANIFESTATO CRISI EPILETTICHE
(se SI specificare quando si è manifestata l'ultima crisi ____ / ____ / ____) | SI | NO |
| ● SUSSISTONO MALATTIE DEL SANGUE
(se SI quali)) | SI | NO |
| ● SUSSISTONO MALATTIE DELL'APPARATO URO-GENITALE
(se SI quali)) | SI | NO |
| ● RICONOSCIMENTO DI INVALIDITÀ CIVILE | SI | NO |
| ● ALTRE MALATTIE (.....)) | SI | NO |
| ● UTILIZZO DI PROTESI ACUSTICA | SI | NO |
| ● UTILIZZO DI LENTI A CONTATTO | SI | NO |

In caso di dichiarazione mendace si provvederà a sottoporre a **REVISIONE** la patente di guida con conseguente **REVOCA** o **SOSPENSIONE** della stessa ai sensi degli artt. 128, 129 e 130 del Codice della Strada così come modificati dagli artt. 9, 10 e 11 del D.P.R. 19 Aprile 1994, n° 575, salvo che non si configurino ipotesi di **REATO**

RIETI li

IL DICHIARANTE

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI
Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI – Tel. 0746.2781 – PEC: asl.rieti@pec.it
C.F. e P.I. 00821180577

MEDICINA LEGALE COMMISSIONE MEDICINA LEGALE PATENTI

0746/278795 medicinalegale@asl.rieti.it

Sig. _____ Nato a _____ il ____/____/____

PAGAMENTO VISITA: Da effettuare direttamente al CUP (se la domanda viene spedita per posta o per email il pagamento CUP può essere effettuato il giorno della visita).

- € 30,99 (Patenti Speciali Ingegnere)
- € 24,79 (Art.186 o Art.187)
- € 18,59 (Patologie afferenti alla Commissione Patenti)

Effettuare inoltre:

PER RINNOVO:

- 1 fotografia formato tessera
- Fotocopia patente con firma sottostante
- Pagamento € 10,20 (c/c 9001) e €16,00 (c/c 4028) – Ministero dei Trasporti **BFYKB** - cod. cred. 97532760580 eseguito utilizzando la piattaforma **PagoPA** on line con **SPID** o **CIE** tramite **Portale dell'Automobilista** o sul territorio presso enti o esercizi convenzionati: **Banca – Delegazioni Aci**."Causale pagamento: **N004**"Rinnovo Patenti

PER CONSEGUIMENTO / CONVERSIONE:

- Fotocopia documento d'identità con firma sottostante
- 1 Fotografia formato tessera
- Certificato anamnestico del medico curante
- Pagamento di € 16,00 (c/c 4028) – Ministero dei Trasporti **BFYKB** – cod. cred. 97532760580 utilizzando la piattaforma **PagoPA** on line con **SPID** o **CIE** tramite **Portale dell'Automobilista** o sul territorio presso enti o esercizi convenzionati: **Banca – Delegazioni Aci**". Causale pagamento **N019** "imposta di bollo".

PER DUPLICATO / RIQUALIFICAZIONE:

- Fotocopia documento d'identità con firma sottostante
- 1 fotografia formato tessera
- Pagamento di € 16,00 (c/c 4028) - Ministero dei Trasporti **BFYKB** – cod. cred. 97532760580 utilizzando la piattaforma **PagoPA** on line con **SPID** o **CIE** tramite **Portale dell'Automobilista** o sul territorio presso enti o esercizi convenzionati : (**Banca – Delegazioni Aci**"). Causale pagamento **N019** "Imposta di bollo".

PER REVISIONE:

- Fotocopia documento d'identità con firma sottostante
- 1 fotografia formato tessera
- Provvedimento di revisione del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti
- Pagamento di € 16,00 (c/c 4028) - Ministero dei Trasporti **BFYKB** – cod. cred. 97532760580 utilizzando la piattaforma **PagoPA** on line con **SPID** o **CIE** tramite **Portale dell'Automobilista** o sul territorio presso enti o esercizi convenzionati :(**Banca – Delegazioni Aci**"). Causale pagamento **N019** "Imposta di bollo".

N.B. – PER IL CONSEGUIMENTO E IL RINNOVO delle patenti superiori (C -D – E – K) è necessario un ulteriore versamento di € 15,00 per la misurazione dei tempi di reazione a stimoli semplici e complessi eseguibile al CUP.

*Il Presidente CML Patenti
Dott.ssa Rauco Monica*