SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL VITERBO

REGIONE LAZIO

COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI DI GUIDA DI VITERBO
ALLA DOMANDA VA ALLEGATA OBBLIGATORIAMENTE
PER RILASCIO DELLA PATENTE DI GUIDA O NAUTICA

1) FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO VALIDO
2) FOTOCOPIA VERBALE INVALIDITA' CIVILE, HANDICAP, PER LAVORO, CAUSA DI SERVIZIO ecc…(se riconosciuto)
3) FOTOCOPIA EVENTUALE DECRETO DI REVOCA
4) CERTIFICATO ANAMNESTICO RILASCIATO DAL MEDICO DI MEDICINA GENERALE (**PER LA PATENTE DI GUIDA)**

PER RINNOVO-REVISIONE-DUPLICATO DELLA PATENTE DI GUIDA

1) FOTOCOPIA DELLE PATENTE DI GUIDA O NAUTICA
   - Se RITIRATA allegare fotocopia del documento di riconoscimento e del verbale redatto dalle Autorità di Pubblica Sicurezza o dai carabinieri
   - Nel caso di SMARRIMENTO allegare fotocopia della denuncia del documento di riconoscimento
   - Nel caso di REVISIONE allegare fotocopia del documento di riconoscimento e del decreto di Revisione
   - Nel caso di REVOCA allegare fotocopia del documento di riconoscimento e del Decreto di revoca
2) FOTOCOPIA VERBALE INVALIDITA' CIVILE, HANDICAP, PER LAVORO, CAUSA DI SERVIZIO ecc…(se riconosciuto)

LA DOMANDA COMPILATA IN OGNI PARTE E COMPLETA DEGLI ALLEGATI INDICATI PUO' ESSERE RESTITUITA:
AGLI SPORTELLI POLIFUNZIONALI
(VIA E. FERMI N. 15 VITERBO – CITTADELLA DELLA SALUTE - PIANO TERRA)
INVIATA MEDIANTE POSTA A:
COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI DI GUIDA
VIA E. FERMI, 15 - 01100 VITERBO
PER PEC prot.gen.asl.vt.it@legalmail.it
IN MODALITA' ONLINE TRAMITE IL SITO ASL VITERBO PROTALE COMMISSIONE PATENTI ON LINE

RICHIESTE DI CHIARIMENTI E INFORMAZIONI
Tel. 0761-237681 da lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 11.00
Inviare una mail all'indirizzo segreteria.commissionepatenti@asl.vt.it, alla luce dell'eccezionale traffico telefonico, si consiglia l'utilizzo dell'e-mail indicata

PER I RINNOVI SI CONSIGLIA DI
presentare la domanda 3 mesi anteriori alla scadenza della patente di guida
N.B. per le domande per cui sono richiesti gli accertamenti presso il SERD si consiglia di presentare la domanda 5 mesi anteriori alla scadenza della patente di guida

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL VITERBO

U.O.S.D. MEDICINA LEGALE
COMMISSIONE PATENTI
Via Enrico Fermi, 15-01100 Viterbo
PEC prot.gen.asl.vt.it@legalmail.it

REGIONE LAZIO

COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI DI GUIDA ASL VITERBO

Il/La sottoscritto/a…….
Nato/a a ……Prov (…….)il…….
Residente a ……in Via……n°……
c.a.p……C.F……..Tel……..……cellulare…
……..…….email……..

chiede di essere sottoposto/a a visita medica per

☐**RINNOVO** ☐**RILASCIO CATEGORIA…..** ☐**DUPLICATO** ☐**DECLASSAMENTO**

☐ **REVISIONE** disposta dalla Prefettura o Motorizzazione ☐ **REVISIONE** volontaria

☐**RIQUALIFICAZIONE** ☐ **ATTESTAZIONE** ☐**SOSPENSIONE PER NON IDONEITA'**

DELLA PATENTE DI GUIDA CATEGORIA……n°……con scadenza……

∞ ∞ ∞ ∞∞ ∞ ∞∞ ∞∞ ∞ ∞∞ ∞ ∞ ∞ ∞∞ ∞∞ ∞∞ ∞ ∞∞∞ ∞ ∞ ∞∞ ∞ ∞∞ ∞∞ ∞ ∞∞ ∞ ∞ ∞ ∞∞ ∞∞

☐**RINNOVO** ☐**RILASCIO** ☐**REVISIONE** ☐**DUPLICATO**

DELLA PATENTE NAUTICA n°…….rilasciata da……..con scadenza……
∞ ∞ ∞ ∞∞ ∞ ∞∞ ∞∞ ∞ ∞∞ ∞ ∞ ∞ ∞∞ ∞∞ ∞∞ ∞ ∞∞∞ ∞ ∞ ∞∞ ∞ ∞∞ ∞∞ ∞ ∞∞ ∞ ∞ ∞ ∞∞ ∞∞

Motivo della visita

☐Mutilati e minorazione fisiche (specificare)…….
☐ Con limitazioni dei movimenti degli arti superiori e/o inferiori
☐ Senza limitazioni dei movimenti degli arti superiori e/o inferiori

☐Segnalazione (attuale o pregressa) ai sensi dell'art.186 o art.187 CDS, art…….

☐Raggiunti limiti di età: ☐Da 65 anni con patente C/CE
☐Da 60 anni per patente D/DE

Soggetto che presenta:
☐Patologie Cardiovascolari
☐Patologie dell'apparato respiratorio
☐ Sindrome delle apnee notturne (OSAS)
☐Malattie endocrine, malattie metaboliche e malattie sistemiche (specificare)……...
☐Diabete
☐Malattie del Sistema Nervoso Centrale e Periferico (es. miastenia grave, sclerosi multipla, neuropatie periferiche)
☐Epilessia
☐Malattie psichiche
☐Uso/abuso sostanze psicoattive: alcool, sostanze stupefacenti, psicotrope(specificare)……
☐Malattie Urogenitali
☐Deficit visivi
☐Deficit uditivi
☐Malattia oncologica
☐Malattia ematologica
☐ Altro……

Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità

☐ Di non essere stato riconosciuto/a Invalido/a

☐ Di essere stato riconosciuto/a

☐ Invalido/a civile al .....%

☐ Invalido/a di guerra categoria.....

☐ Invalido/a per cause di servizio categoria……..

☐ Invalido/a per infortunio sul lavoro al……%

☐ Titolare di riconoscimento di malattia professionale

☐ Titolare di riconoscimento ai sensi della Legge 104/92

☐ Allega la fotocopia del verbale di invalidità

☐ Di non essere stato/a sottoposta/a a visita da parte di alcuna Commissione medica Locale Patenti di Guida

☐ Di essere stato/a utente della Commissione medica Locale Patenti di Guida di……..

Per gli utenti che abbiano già effettuato visite mediche presso altre Commissioni diverse da quella di Viterbo **DEVE ESSERE OBBLIGATORIAMENTE allegata alla domanda la copia dell'ultimo certificato rilasciato e di tutta la documentazione inerente le precedenti visite.**

☐ Di aver presentato analoga richiesta alla Commissione Medica Locale Patenti di Guida di …….

N.B. in tal caso la pratica non potrà essere evasa e verrà archiviata

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI (D.lgs 101/2018)

Il sottoscritto acconsente al trattamento dei dati sensibili e personali, necessari all'istruzione e gestione della pratica che mi riguarda.

Data ……..

Firma dell'interessato……

Firma (altro)……..