

**MARCA
da BOLLO
€ 16,00**

COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI
C/O UOC MEDICINA LEGALE
OSPEDALE SAN MARTINO - VIALE EUROPA 22
32100 BELLUNO

Cognome e Nome _____ nazionalità _____
nato a _____ prov _____ il _____
residente a _____ prov _____ cap _____
via _____ n. _____
altezza cm _____ peso Kg _____ tel. _____

RICHIESTA DI VISITA MEDICA PER:

- CONSEGUIMENTO DECLASSAMENTO
 CONFERMA DI VALIDITA' (rinnovo) DUPLICATO
 REVISIONE (sospensione)

PATENTE DI GUIDA di categoria:

A B C D E / CAP / AS BS CS / AM (patentino)

N. _____ rilasciata da _____ il _____ scadenza il _____

MOTIVAZIONI SANITARIE

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> abuso d'alcool / ebbrezza alcolica | <input type="checkbox"/> uso sostanze stupefacenti |
| <input type="checkbox"/> malattie del cuore / circolazione | <input type="checkbox"/> diabete |
| <input type="checkbox"/> malattie neurologiche | <input type="checkbox"/> patologie della vista |
| <input type="checkbox"/> epilessia | <input type="checkbox"/> insufficienza renale / trapianto |
| <input type="checkbox"/> disturbi psichiatrici | <input type="checkbox"/> disturbi del movimento e uso degli arti |
| <input type="checkbox"/> età anagrafica per categoria superiore | <input type="checkbox"/> altro _____ |

DICHIARA:

- di **non essere** mai stato sottoposto a visita presso una Commissione Patenti;
 di **essere** stato sottoposto a visita presso la Commissione di _____ nell'anno _____

SI ALLEGA FOTOCOPIA DELLA PATENTE (SE NON IN POSSESSO ALLEGARE COPIA DELLA CARTA D'IDENTITA' O DI ALTRO DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA')

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere stato informato/a, ai sensi dell'art.13 del D.Lgs 196/2003, che i dati personali raccolti saranno utilizzati esclusivamente per il procedimento in questione ed in conformità alle disposizioni vigenti in materia di privacy del predetto decreto esprime il suo consenso al trattamento degli stessi.

Autorizza.....(*) altresì questa Commissione ad acquisire documentazione sanitaria, presso altre Commissioni Mediche Locali, necessaria per la conclusione del giudizio di idoneità alla guida.

(*)INDICARE "NON" IN CASO DI NEGATA AUTORIZZAZIONE.

Luogo e data

Il dichiarante