

DOMANDA VISITA COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI

Il/la sottoscritto/a _____

cognome nome

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente in _____ prov. _____ C.A.P. _____

Via _____ n. _____ telefono _____

Indirizzo mail

[illegible]

titolare della patente di guida tipo _____ n. _____

rilasciata da: ☐ UCO ☐ M.C.T.C. ☐ Prefettura di _____

in data	con scadenza
---------	--------------

nazionalità _____ altezza m. _____ peso Kg. _____

CHIEDE

di essere sottoposto/a a visita medica per:

- ☐ conferma di validità (rinnovo patente categoria_____ per scadenza il_____)
- ☐ revisione (SU RICHIESTA MOTORIZZAZIONE CIVILE_____)
- ☐ conseguimento (primo rilascio) PATENTE CATEGORIA_____ o conversione patente estera

Indicare il motivo per cui si rivolge a questa Commissione:

<input type="checkbox"/> Perdita o minorazioni arti superiori e/o arti inferiori per <input type="checkbox"/> malattie neurologiche <input type="checkbox"/> traumi o altro	<input type="checkbox"/> Malattie sistema nervoso	<input type="checkbox"/> Guida in stato di ebbrezza o problemi alcol-correlati
<input type="checkbox"/> Deficit uditivo	<input type="checkbox"/> Trauma cranico commotivo	<input type="checkbox"/> Incidente
<input type="checkbox"/> Vista	<input type="checkbox"/> Epilessia	<input type="checkbox"/> Uso di sostanze psicoattive
<input type="checkbox"/> Affezioni cardiovascolari	<input type="checkbox"/> Malattie psichiche	<input type="checkbox"/> Patente C o D sopra limite di età

<input type="checkbox"/> Malattie apparato respiratorio	<input type="checkbox"/> Malattie urogenitali	<input type="checkbox"/> Utente over 80 anni per patenti A e B in presenza di altre patologie
<input type="checkbox"/> Malattie endocrine	<input type="checkbox"/> Trapianti d'organo (<i>specificare</i>) _____	<input type="checkbox"/> Diabete mellito per patenti C, D, CE, DE
<input type="checkbox"/> Sindrome delle apnee notturne	<input type="checkbox"/> Malattie renali/dialisi	<input type="checkbox"/> Diabete mellito per patenti A, AS, B, BS in presenza di altre patologie
<input type="checkbox"/> Altro		

Data _____

Firma _____

Alla presente DOMANDA (MOD 1) devono essere allegati: la DICHIARAZIONE ANAMNESTICA (ALL 1) debitamente compilata, l'INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEATI PERSONALI (ALL 2) firmata per accettazione; i documenti indicati nel MOD B distinti a seconda della richiesta.

ATTENZIONE la foto per le patenti speciali devono essere nel formato digitale con dimensioni di 35x45 mm e rispettare i requisiti di una fototessera biometrica, con il volto centrato e rivolto in avanti. Il file deve essere in formato JPEG o PNG, avere un peso inferiore a 2 MB e una risoluzione di almeno 600 DPI, e l'immagine deve essere recente e di alta qualità.

I Mod A, MOD B, ALL. 1, All. 2 sono rinvenibili in <https://www.aslsulcis.it/servizio/igiene-e-sanita-pubblica/> oppure ritirabili c/o Ufficio CML stanza 3 del Servizio di Igiene Pubblica Via Della Costituente Carbonia nei giorni : Lunedì- Martedì- Giovedì dalle ore 8:30 alle ore 13:00. Il Mercoledì presso la sede di via Piave ad Iglesias.

N.B : Se la domanda è presentata a mano all'Ufficio CML stanza 3 del Servizio di Igiene Pubblica Via della Costituente Carbonia da persona diversa dall'interessato, è necessaria la delega sottoscritta dall'intestatario della pratica con firma semplice accompagnata da un valido documento in fotocopia del delegante.