

COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI DI GUIDA DI VITERBO
Tel. 0761-237681 dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 11.00

NOTA INFORMATIVA PER IL RILASCIO DELLA PATENTE DI GUIDA

ALLA DOMANDA VA ALLEGATA OBBLIGATORIAMENTE

- **FOTOCOPIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO VALIDO**
- **FOTOCOPIA VERBALE INVALIDITA' CIVILE, HANDICAP, PER LAVORO, CAUSA DI SERVIZIO, ecc. (se riconosciuto)**
- **FOTOCOPIA EVENTUALE DECRETO DI REVOCA**
- **CERTIFICATO RILASCIATO DAL MEDICO DI FIDUCIA (IL MODELLO SI TROVA A PAGINA 3 DELLA PRESENTE MODULISTICA)**

IMPORTANTE

La Segreteria della Commissione procederà alla consegna della documentazione, in relazione alla tipologia della domanda, previo appuntamento rilasciato dagli Sportelli Polifunzionali al momento della consegna della stessa.

Presentarsi il giorno indicato con un valido documento di riconoscimento.

Nei casi previsti è possibile ricevere la relativa documentazione a mezzo posta barrando l'apposita casella sulla domanda (pag. 1).

**LA DOMANDA
COMPILATA IN OGNI PARTE
E COMPLETA DEGLI ALLEGATI INDICATI
PUO' ESSERE:**

**RESTITUITA
AGLI SPORTELLI POLIFUNZIONALI
(VIA ENRICO FERMI, 15 – VITERBO
CITTADELLA DELLA SALUTE – PIANO TERRA)
dal **LUNEDI'** al **VENERDI'** dalle ore 08,00 alle ore 18,00
il **SABATO** dalle ore 08,00 alle ore 13,00**

**INVIATA MEDIANTE POSTA A:
COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI DI GUIDA
VIA ENRICO FERMI, 15 – 01100 VITERBO**

ALLA COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI DI GUIDA DI VITERBO

(compilare in stampatello in modo leggibile)

.... I sottoscritt.....
nat.... a Prov (.....) il
residente a in Via n°
C.A.P. domiciliat... ⁽¹⁾ a in Via
..... n° Tel. cell. fax
e-mail Codice Fiscale

chiede di essere sottoposto/a a visita medica per

RILASCIO di patente di guida di categoria ⁽²⁾

- AM** **A1** **A2** **A** **B1** **B** **BE**
 C1 **C1E** **C** **CE** **D1** **D1E** **D**
 DE

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere essere stato/a affetto/a dalla/e seguente/i patologia/e ⁽²⁾

- VISTA** (*specificare*)
 UDITO (*specificare*)
 AFFEZIONI CARDIOVASCOLARI (*specificare*)
 DIABETE
 MALATTIE ENDOCRINE (*specificare*)
 MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO (*specificare*)
 con limitazioni dei movimenti degli arti superiori e/o inferiori
 senza limitazioni dei movimenti degli arti superiori e/o inferiori
 EPILESSIA
 MALATTIE PSICHICHE (*specificare*)
 MALATTIE DEL SANGUE (*specificare*)
 MALATTIE DELL'APPARATO UROGENITALE (*specificare*)
 MINORAZIONI FISICHE (*specificare*)
 con limitazioni dei movimenti degli arti superiori e/o inferiori
 senza limitazioni dei movimenti degli arti superiori e/o inferiori
 SOSTANZE PSICOATTIVE/PSICOTROPE (*specificare*)
 Alcool Sostanze stupefacenti
 ALTRO (*specificare*)
 Il/la sottoscritto/a chiede che la documentazione gli/le sia inviata per posta.

Luogo e data

Firma

⁽¹⁾ indicare nel caso di domicilio diverso dalla residenza

⁽²⁾ barrare le caselle che interessano

...l... sottoscritt... residente a
(.....) e domiciliat... a (.....) in Via/Piazza
..... n°, per motivi di * studio * lavoro
* altro **

CHIEDE

di essere sottoposto/a a visita medico-legale per il rilascio della patente di guida categoria

DICHIARA sotto la propria responsabilità (*):

- di essere già utente della Commissione Medica Locale Patenti di Guida di
**N. B. – PER GLI UTENTI CHE ABBIANO GIA’ EFFETTUATO VISITE MEDICHE PRESSO COMMISSIONI DIVERSE DA QUELLA DI VITERBO DOVRA’ ESSERE ALLEGATA LA COPIA FOTOSTATICA DELL’ULTIMO CERTIFICATO E DELLA RELATIVA DOCUMENTAZIONE SANITARIA E AMMINISTRATIVA.
IN ASSENZA DELLA SUDETTA DOCUMENTAZIONE LA COMMISSIONE NON POTRA’ DAR SEGUITO ALLA RICHIESTA E LA PRATICA SARA’ ARCHIVIATA;**
- di avere presentato analogha richiesta alla Commissione Medica Locale Patenti di Guida di **(IN TAL CASO LA PRATICA NON POTRA’ ESSERE EVASA E VERRA’ ARCHIVIATA);**
- di non essere mai stato/a sottoposto/a a visita da parte di alcuna Commissione Medica Locale Patenti di Guida.
- DI NON ESSERE RICONOSCIUTO/A INVALIDO/A**
- DI ESSERE 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 N° 104/92
- Allega fotocopia del verbale di invalidità.
- Non può produrre la copia del verbale di invalidità per il seguente motivo:
- smarrito (Si impegna a chiederne una copia, al competente Ufficio, che consegnerà all’atto della visita medica);
 - non ancora notificato e in attesa di definizione (Si impegna a consegnare una copia all’atto della visita medica se notificato).

Data

.....
Firma per esteso

* barrare le caselle che interessano

** es.: soggiorno presso Comunità terapeutica, detenzione presso Casa Circondariale, ecc.

Si certifica, sulla scorta dei dati anamnestici e clinici in mio possesso,

che il Sig./la Sig.ra

C.F.

da me in cura da più / da meno (cancellare la voce che non interessa) di un anno,

presenta / non presenta (cancellare la voce che non interessa) pregresse condizioni morbose

che possono costituire un rischio attuale per la guida, in riferimento a:

<u>Apparato cardio-circolatorio:</u> (se sì, specificare diagnosi)	SI	NO
<u>Diabete mellito</u>	SI	NO
<u>Sistema endocrino:</u> (se sì, specificare diagnosi)	SI	NO
<u>Sistema neurologico:</u> (se sì, specificare diagnosi)	SI	NO
<u>Patologie psichiche:</u> (se sì, specificare diagnosi)	SI	NO
<u>Epilessia</u>	SI	NO
<u>Condizioni di dipendenza da: alcol / sostanze stupefacenti e psicotrope:</u> (cancellare la voce che non interessa)	SI	NO
<u>Apparato uro-genitale:</u> insufficienza renale grave	SI	NO
<u>Sangue ed organi emopoietici:</u> Sindromi emolifiche, linfomi o leucemie in trattamento (specificare)	SI	NO
<u>Apparato osteo-articolare:</u> gravi alterazioni anatomiche o funzionali	SI	NO
<u>Organi di senso:</u> gravi patologie visive evolutive	SI	NO

Data

Timbro del Medico

(con indicazione eventuale specializzazione posseduta e numero regionale se medico di assistenza primaria)

Firma del Medico