

**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 RINNOVO - REVISIONE - DUPLICATO DELLA PATENTE DI GUIDA**

### **ALLA DOMANDA VA ALLEGATA OBBLIGATORIAMENTE**

#### **1. FOTOCOPIA DELLA PATENTE DI GUIDA**

- 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)**

### **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... <sup>(1)</sup> a ..... in Via .....  
..... n° ..... Tel. .... cell. .... fax .....  
e-mail ..... Codice Fiscale .....

chiede di essere sottoposto/a a visita medica per <sup>(2)</sup>

- RINNOVO     REVISIONE disposta Prefettura o Motorizzazione     DUPLICATO
- REVISIONE VOLONTARIA     SOSPENSIONE PER NON IDONEITA'
- di patente di guida di categoria ..... che scade il .....
- Per superamento di età con patente di categoria:
- D     C     C con abilitazione alla guida di autotreni con massa complessiva p.c. >20 t.
- Il/la sottoscritto/a dichiara di  essere  essere stato/a affetto/a dalla/e seguente/i patologia/e <sup>(2)</sup>
- 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.**

**Dichiara di non aver presentato ricorso né avverso il Decreto di revisione né avverso il precedente giudizio della Commissione Medica Locale Patenti di Guida**

Luogo e data .....

Firma .....

<sup>(1)</sup> indicare nel caso di domicilio diverso dalla residenza

<sup>(2)</sup> barrare le caselle che interessano

**COMMISSIONE MEDICA LOCALE PER LE PATENTI DI GUIDA DI VITERBO**

**DICHIARAZIONE DA FIRMARE IN PRESENZA DEL MEDICO ESAMINATORE**

..... I..... sottoscritt.....  
nat..... a ..... Prov. ( ..... )  
il ..... residente in .....  
Prov. ( ..... ), Via/Piazza (\*) .....  
nell'ambito dell'accertamento medico legale dell'idoneità psicofisica al conseguimento / conferma  
(\* ) della patente di guida dei veicoli di cui alla categoria .....

**DICHIARA**

in relazione agli stati patologici di seguito elencati, che:

- sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio  SI  NO  
(se SI quali .....)
- sussiste diabete  SI  NO  
(se SI specificare se insulinodipendente  SI  NO)
- sussistono altre patologie endocrine  SI  NO  
(se SI quali .....)
- sussistono turbe e/o patologie psichiche  SI  NO  
(se SI quali .....)
- fa uso di sostanze psicoattive  SI  NO  
(se SI quali .....)
- soffre di epilessia o ha manifestato crisi epilettiche  SI  NO  
(se SI specificare quando si è manifestata l'ultima .....)
- sussistono malattie del sangue  SI  NO  
(se SI quali .....)
- sussistono malattie dell'apparato uro-genitale  SI  NO  
(se SI quali .....)

Data .....

Firma .....

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 articoli 128, 129 e 130 del Codice della Strada, così come modificati dagli articoli 9, 10 e 11 del D.P.R. 19 aprile 1994 n. 575, salvo che non si configuri ipotesi di reato.

(\* ) depennare la voce che non interessa.

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

### CHIEDE

di poter essere sottoposto/a a visita medico-legale per il \* rinnovo \* revisione disposta dalla Prefettura o dalla MCTC \* revisione volontaria 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 analoga 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.