

COMMISSIONE MEDICA LOCALE PER LE PATENTI DI GUIDA VICENZA

Azienda ULSS 8 BERICA - Servizio di Igiene e Sanità Pubblica - Via 4 Novembre 46, Vicenza
 Orario: dal Lunedì al Venerdì h 10.00/12.00 - Tel 0444/752226 fax 0444/752215

Marca da bollo
 Euro 16.00

RICHIESTA DI VISITA MEDICA PER PATENTE DI GUIDA

☐ CONSEGUIMENTO ☐ RINNOVO ☐ REVISIONE

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

(barrare "S" se trattasi anche di categoria SPECIALE)

: S ☐

(indicare anni compiuti se patente CE da 65 a 68 o D/DE da 60 a 68)

: Anni _____

(barrare < 20 tonnellate o > 20 tonnellate se patente CE da 65 a 68 anni)

: Veicoli < 20 t. ☐ Veicoli > 20 t. ☐

☐ RINNOVO DEL SOLO CERTIFICATO MEDICO (patenti D/DE da 60 a 68; CE da 65 a 68 per guida mezzi > 20 tonn)

PATENTE N. _____ rilasciata da _____ il _____ scadenza _____
 (se non in possesso di patente indicare altro documento di identità).

COGNOME/NOME _____ nato a _____ il _____

CODICE FISCALE _____ RESIDENTE A _____

Via _____ N. _____ Tel. _____ Cell. _____

Sono già stato nella COMMISSIONE PATENTI DI _____ nell'anno _____

BARRARE SEMPRE IL MOTIVO DELLA RICHIESTA DI VISITA

<input type="checkbox"/> perdita o limitazioni o difficoltà nel movimento e nel coordinamento degli arti, della colonna vertebrale e del corpo (malattie neurologiche, ossee, muscolari, traumi);	<input type="checkbox"/> importante riduzione della vista, del campo visivo, malattie progressive dell'occhio, (maculopatie, glaucoma, lesioni del nervo ottico, danni alla retina, ecc);
<input type="checkbox"/> riduzione dell'udito;	<input type="checkbox"/> diabete;
<input type="checkbox"/> epilessia, anche pregressa;	<input type="checkbox"/> malattie psichiche;
<input type="checkbox"/> trapianto d'organo;	<input type="checkbox"/> dialisi;
<input type="checkbox"/> malattie endocrine;	<input type="checkbox"/> malattie del cuore e della circolazione;
<input type="checkbox"/> sindrome delle apnee notturne;	<input type="checkbox"/> Persone che hanno compiuto i 65 anni per la patente C;
<input type="checkbox"/> uso sostanze psicoattive e/o stupefacenti;	<input type="checkbox"/> Persone che hanno compiuto i 60 anni per la patente D;
<input type="checkbox"/> guida in stato di ebbrezza/uso inadeguato di alcool;	<input type="checkbox"/> Altro(specificare) _____

DOCUMENTAZIONE NECESSARIA PER LA PRENOTAZIONE DELLA VISITA:

SEMPRE: MARCA DA BOLLO - FOTO TESSERA RECENTE E CONFORME ALLE REGOLE ICAO - COPIA TESSERA SANITARIA (plastificata di colore azzurro da cui rilevare il Codice Fiscale) - FIRMA

• **Per Rinnovo:** copia leggibile della patente, fronte e retro o copia di un documento di identità solo se non in possesso della patente

• **Per Rinnovo dopo ricorso all'Unità Sanitaria delle FF.SS. di Verona:** copia della patente e dell'ESITO del ricorso già registrato in MCTC

• **Per Rilascio o Sospensione o Revoca:** copia leggibile di un documento di identità

• **Per Revisione:** copia della patente o, in sua mancanza, di un documento di identità e copia del PROVVEDIMENTO della Prefettura o della Motorizzazione Civile; se presentato ricorso avverso l'ordinanza anche copia della richiesta al Giudice di Pace e/o istanza di applicazione dei lavori di pubblica utilità depositata in Tribunale.

Il sottoscritto concede l'autorizzazione ai sensi degli artt. 13, 79, 81 e 82 del D. LGS. 196/2003 al trattamento dei dati personali e sanitari ed alla loro comunicazione agli enti competenti.

☐ DELEGO il Sig./Agenzia _____ a presentare per mio conto, questa richiesta.

☐ INDIRIZZO PER IL RECAPITO DELLA PATENTE SE DIVERSO DA QUELLO DI RESIDENZA:

Comune _____ Via _____

N. _____ CAP _____ c/o SIG/AGENZIA _____

Firma dell'interessato (la firma deve rimanere all'interno del rettangolo)

Data _____

FOTO TESSERA
 RECENTE E
 CONFORME ALLE
 REGOLE ICAO
 Altezza 4 cm
 Larghezza 3,30cm