

Da spedire per raccomandata A/R. al seguente indirizzo:
COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI DI GUIDA ASL 3
 Via Bertani, 4 16125 Genova

Prot. n.: _____
 Data visita: _____
 Prenotazione: _____

Il/la
 sottoscritto/a _____

nato/a a _____ cognome _____ nome _____ prov. _____ il _____ / _____ / _____

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

Via _____ n. _____ telefono _____

Codice Fiscale: _____

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 per scadenza)
 revisione
 conseguimento (primo rilascio) o conversione patente estera

Indicare il motivo per cui si rivolge a questa Commissione:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Minorazioni arti superiori e/o arti inferiori | <input type="checkbox"/> Deficit uditivo | <input type="checkbox"/> Vista |
| <input type="checkbox"/> Affezioni cardiovascolari | <input type="checkbox"/> Malattie apparato respiratorio | <input type="checkbox"/> Malattie endocrine |
| <input type="checkbox"/> Trauma cranico commotivo | <input type="checkbox"/> Epilessia | <input type="checkbox"/> Malattie psichiche |
| <input type="checkbox"/> Trapianti d'organo | <input type="checkbox"/> Incidente | <input type="checkbox"/> Malattie urogenitali |
| <input type="checkbox"/> Guida in stato di ebbrezza o problemi alcol-correlati | <input type="checkbox"/> Altro | <input type="checkbox"/> Uso di sostanze psicoattive |
| <input type="checkbox"/> Patente C o D sopra limite di età | <input type="checkbox"/> Utente over 80 anni per patenti A e B in presenza di altre patologie | |
| <input type="checkbox"/> Diabete mellito per patenti C, D, CE, DE | <input type="checkbox"/> Diabete mellito per patenti A, AS, B, BS in presenza di altre patologie | |

Ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento europeo n. 2016/679 e norme attuative (Codice in materia di protezione dei dati personali), sono stato/a informato/a del fatto che i dati personali e quelli riguardanti le mie condizioni di salute, emersi a seguito della presente visita medica, tutelati dal segreto d'ufficio, saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche ad opera di personale autorizzato ed istruito da questa Azienda Sanitaria Locale, secondo le vigenti disposizioni di legge. Saranno trasmessi ai competenti uffici pubblici, a loro volta vincolati dall'obbligo del segreto d'ufficio, per gli adempimenti di competenza previsti dalla legge.

Dichiaro di voler esercitare il diritto di opposizione all'inoltro all'Agenzia delle Entrate delle informazioni contabili relative alla spesa sanitaria da me sostenuta per questa visita medica, ai sensi del Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 31 Luglio 2015 e della normativa in materia di protezione dei dati personali.

NO SI

Data _____

Firma _____

<input type="checkbox"/> ACV (A) <input type="checkbox"/> DIAB (B) DM 16/10/98 <input type="checkbox"/> TIR/SURR (C) <input type="checkbox"/> SN (D) <input type="checkbox"/> TRAUMA CRANICO (D TC) <input type="checkbox"/> EPI (D) ultimo episodio	<input type="checkbox"/> RESP: <input type="checkbox"/> OB <input type="checkbox"/> OSAS <input type="checkbox"/> INVAL. <input type="checkbox"/> INCIDENTE nel <input type="checkbox"/> DUI (F)	MINORAZIONE: <input type="checkbox"/> ARTI SUPERIORI <input type="checkbox"/> ARTI INFERIORI <input type="checkbox"/> UDITO <input type="checkbox"/> VISTA <input type="checkbox"/> ALTRO
<input type="checkbox"/> PSICH (E) <input type="checkbox"/> INS .REN NON DIAL. (H) <input type="checkbox"/> DIALIZZ. (H) <input type="checkbox"/> TRAP. ORGANI (T) <input type="checkbox"/> OVER 80 <input type="checkbox"/> patente sopra limite età	SEGNALATA TD o USO (F) <input type="checkbox"/> ETOH <input type="checkbox"/> BENZODIAZ. <input type="checkbox"/> THC <input type="checkbox"/> ANTIDEPRES. <input type="checkbox"/> COC <input type="checkbox"/> NON DET. <input type="checkbox"/> OPP <input type="checkbox"/> ALTRO <input type="checkbox"/> MDMA	

In base alla normativa vigente si prega di indicare nel riquadro il proprio cognome e nome e firmare per esteso

Cognome e nome
Firma

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DI PRENOTAZIONE:

Conseguimento, revisione o conferma di validità (rinnovo) della patente di guida

1. Fotografia, non antecedente i sei mesi dalla visita
2. Fotocopia leggibile, fronte-retro, della patente di guida.
Solo nel caso in cui la persona non sia in possesso della patente di guida, dovrà essere presentata la fotocopia fronte-retro di un documento di identità in corso di validità.
Nel caso di furto o smarrimento della patente di guida dovrà essere prodotta copia della denuncia presentata agli organi competenti.
3. Fotocopia leggibile del codice fiscale.
4. Fotocopia leggibile del libretto sanitario cartaceo.
5. Attestazione del versamento di € 16,00 sul c/c postale n. 4028 intestato "Dipartimento dei trasporti terrestri", imposta di bollo, cod. causale 002
6. Se l'interessato/a è stato/a riconosciuto/a invalido/a civile fotocopia del certificato di invalidità civile con diagnosi
7. In caso di REVISIONE: fotocopia del provvedimento di revisione disposto dalla Motorizzazione Civile o dalla Prefettura
8. In caso di CONFERMA DI VALIDITA' (RINNOVO) della patente di guida, perché in scadenza o scaduta:
Attestazione del versamento di € 10,20 sul c/c postale n. 9001 intestato "Dipartimento dei trasporti terrestri", diritti Legge 14/67, cod. causale 002. La validità del bollettino è di tre mesi dalla data del pagamento, come da disposizioni del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti.

MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

La domanda, con la documentazione sopra indicata, potrà essere:

- Spedita per raccomandata A/R. al seguente indirizzo:

ASL 3 COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI DI GUIDA
Via Bertani, 4 16125 Genova.

La lettera di convocazione a visita medica con la data e l'ora dell'appuntamento sarà inviata al Vostro indirizzo di residenza.

DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALLA VISITA MEDICA:

- DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN ORIGINALE:
Patente di guida in caso di conferma di validità (rinnovo), e idoneo documento d'identità in corso di validità se la patente fosse scaduta o ritirata. Nel caso di furto o smarrimento della patente di guida dovrà essere prodotta copia della denuncia presentata agli organi competenti e idoneo documento d'identità in corso di validità.
- RICEVUTA VERSAMENTO PER LA VISITA MEDICA
- DOCUMENTAZIONE SANITARIA IN ORIGINALE, inerente le patologie, rilasciata da strutture pubbliche (A.S.L. oppure Ospedali), non privato convenzionato, ad esclusione degli accertamenti sanitari richiesti per la patologia diabetica, che potranno essere effettuati anche in strutture accreditate e convenzionate, ai sensi del D.M. del 30/01/2008 e s.m.i., a totale carico del richiedente. (Previsto dalla normativa vigente, ai sensi dell'art. 330, comma 6, del D.P.R. 495/92 "Regolamento di esecuzione del Codice della Strada", rilasciata non oltre 3 mesi precedenti alla data della visita, ad eccezione, del controllo del defibrillatore, da effettuarsi in data non anteriore ad un mese rispetto alla visita in Commissione).
Gli accertamenti relativi all'abuso di sostanze alcoliche o uso di sostanze stupefacenti devono essere effettuati presso i Ser T. per Distretto di residenza di ASL 3, si precisa che è necessario farsi crescere i capelli di almeno 3 cm.
La documentazione, sarà trattenuta nel fascicolo sanitario conservato dalla Commissione e non sarà restituita.
- Nei casi di conferma di validità (rinnovo) e di revisione della patente di guida: modello "DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO ANAMNESTICO" attestante i precedenti morbosità, compilato in ogni sua parte, da firmare in presenza dei Componenti della Commissione.
- Nei casi di conseguimento della patente di guida e di conversione di patente estera: "CERTIFICATO MEDICO relativo ai precedenti morbosità per l'accertamento delle condizioni psicofisiche per la guida di veicoli a motore" in originale compilato e firmato dal Medico di fiducia, come da modello in uso.

Chi si presenterà a visita medica sprovvisto dei sopraelencati documenti non potrà essere sottoposto/a a visita medica, ma dovrà richiedere una nuova prenotazione, tramite FAX, al numero 0108496715.

La Commissione Medica Locale Patenti di Guida potrà, qualora ne ravvisasse la necessità, chiedere ulteriori accertamenti diagnostici al momento della visita. Tali referti potranno essere spediti per raccomandata A/R. al seguente indirizzo:

ASL3 COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI DI GUIDA VIA BERTANI, 4 16125 GENOVA

Se entro il termine indicato (80 giorni dalla data della visita) non saranno pervenuti gli accertamenti sanitari richiesti, sarà emesso giudizio di non idoneità alla guida. Qualora la data di prenotazione dell'accertamento sanitario richiesto eccedesse gli 80 giorni è possibile richiedere una proroga.

Gli assenti a visita potranno chiedere una nuova prenotazione a visita medica, entro tre mesi dalla data dell'assenza, in caso contrario la pratica sarà archiviata.

Sono possibili non più di due richieste di spostamento della visita, debitamente giustificate, prima dell'archiviazione della pratica.

LA MANCATA PRESENTAZIONE A VISITA MEDICA PER DUE VOLTE CONSECUTIVE COSTITUISCE RINUNCIA ALLA VISITA STESSA. PER UN'ULTERIORE PRENOTAZIONE A VISITA MEDICA DOVRÀ ESSERE PRESENTATA NUOVA DOMANDA, CORREDATA DALLE ATTESTAZIONI DEI VERSAMENTI IN ORIGINALE.