Alla
Commissione Medica Patenti Provincia di Udine
Via Pozzuolo, 330 – Palazzina 6 - 33100 Udine
Tel.0432 806053
email: ufficiopatenti@asufc.sanita.fvg.it
PEC: asufc@certsanita.fvg.it

DOMANDA DA COMPILARE IN OGNI SUA PARTE

Il/la Sig. _____ nato/a _____ il_____

Residente a _____ (cap) _____ Via _____

C.identità n. _____ rilasciata da _____ il _____

Codice Fiscale n. _____

Tel/cell. _____ e-mail _____

Altezza _____ Peso _____

CHIEDE DI ESSERE SOTTOPOSTO A VISITA MEDICA PER

CONSEGUIMENTO	REVISIONE	RINNOVO	DUPLICATO	RICLASSIFICAZIONE	ATTESTATO (DM 8.09.2010)

della patente : ☐ **NORMALE** ☐ **SPECIALE**

di categoria :

AM	A	B	C	D	E	KB	NAUTICA

Numero _____

Rilasciata il _____ che **SCADE il _____**

A TAL FINE ALLEGA

- Fotocopia leggibile della patente di guida
- Fotocopia leggibile di un documento di identità in corso di validità
- Fotocopia leggibile tessera sanitaria cartacea
- In caso di revisione/revoca fotocopia leggibile del provvedimento di revisione/revoca da parte della Prefettura o Motorizzazione Civile
- Fotocopia del codice fiscale
- Modulo con FOTO/FIRMA
- Dichiarazione anamnestica

Firma leggibile dell'interessato

_____

La presente dichiarazione sottoscritta è valida ai sensi dell'art.47 DPR 445 del 28 dicembre 2000 quale dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà.

Ai sensi del D.L. 193/2003 " Codice in materia di protezione dei dati personali" esprime il proprio consenso al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati personali e sensibili a terzi soggetti destinatari per legge e per regolamento o ai quali la comunicazione è necessaria per l'esercizio dell'attività propria dell'Azienda Sanitaria.

Firma leggibile dell'interessato

_____

DICHIARAZIONE ANAMNESTICA (All.1 DD 21/01/2014)

Il/lLa sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____

Nato/a _____ (Prov._____) il _____

Documento di riconoscimento _____ Nr _____

Rilasciato da _____ il _____

il quale informato , in relazione agli stati patologici di seguito elencati, che in caso di dichiarazione mendace si provvederà , salvo che non si configuri altra ipotesi di reato a sottoporre , ai sensi degli articoli 128, 129 e 130 del Codice della Strada così come modificati dagli articoli 9, 10 e 11 del DPR 19 aprile 1994 n.575, a revisione la patente di guida con conseguente revoca o sospensione della stessa

DICHIARA (BARRARE CON UNA **X** LA RISPOSTA)

In relazione agli stati patologici di seguito elencati :

Sussistono patologie dell'apparato cardiovascolare (es. cardiopatia ischemica,insufficienza valvolare,cardiopatia dilatativa,trapianto cardiaco etc) se SI quali _____	SI	NO
Sussiste diabete mellito se SI specificare se insulinodipendente □ SI □ NO	SI	NO
Sussistono patologie endocrine (es. tiroidite,gozzo,ipertiroidismo, M.di Addison etc.)	SI	NO
Sussistono turbe e/o patologie psichiche (es. sdr ansiosa, depressiva, bipolare etc) se SI quale _____	SI	NO
Fa uso di sostanze psicoattive (es. psicofarmaci, alcool,morfina, hashish,marijuana, metadone etc) se SI quali _____	SI	NO
Sussistono malattie del sistema nervoso centrale/periferico (es M. di Parkinson, sclerosi multipla, emorragia cerebrale, encefalopatia vascolare etc) si SI quale _____	SI	NO
Soffre di epilessia o ha manifestato crisi epilettiche se SI data dell'ultima crisi _____	SI	NO
Sussistono disturbi delle apnee notturne OSAS	SI	NO
Sussistono malattie dell'apparato uro–genitale (es. insufficienza renale cronica,trapianto renale, dialisi etc) se SI quali _____	SI	NO
Sussistono patologie visive (es. glaucoma, maculopatia, cataratta etc) se SI quali _____	SI	NO
Sussistono patologie uditive (es. ipoacusia, sordità etc) se SI quali _____	SI	NO
E' stato riconosciuto invalido (invalidità civile, INAIL, INPS) se SI specificare in quale misura % _____	SI	NO
E' già stato visitato in Commissione Medica Patenti Se diversa da quella di Udine indicare quale: _____	SI	NO
Sussistono patologie all'apparato osteoarticolare con gravi alterazioni anatomiche o funzionali	SI	NO

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Io sottoscritto_____ dichiaro di aver ricevuto le informazioni di cui all'art.13 del D.Lgs 196/2003 con specifico riguardo ai diritti a me riconosciuti dalla legge ex art.7 del D.Lgs 196/2003. In particolare , consapevole che l'accertamento medico legale è obbligatorio al fine di accertare l'assenza di condizioni ostative al rilascio dell'idoneità per il conseguimento o per la conferma di validità della patente e che i dati riportati nel presente verbale saranno custoditi agli atti del medico responsabile del procedimento e titolare del trattamento, acconsento al trattamento dei miei dati con le modalità al trattamento dei miei dati con la modalità e per finalità illustratami.

Firma dell'interessato

_____

Data _____

Alla
Commissione Medica Patenti Provincia di Udine
Via Pozzuolo, 330 – Palazzina 6 - 33100 Udine
Tel.0432 806053
email: ufficiopatenti@asufc.sanita.fvg.it
PEC: asufc@certsanita.fvg.it

MODULO FOTO/FIRMA

FOTO (incollare una foto formato tessera nel riquadro – non usare graffette)

FIRMA ENTRO IL RIQUADRO

COGNOME _____

NOME _____

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO PATENTI

DATA VISITA _____

NUMERO DI PRATICA _____

Alla
Commissione Medica Patenti Provincia di Udine
Via Pozzuolo, 330 – Palazzina 6 - 33100 Udine
Tel.0432 806053
email: ufficiopatenti@asufc.sanita.fvg.it
PEC: asufc@certsanita.fvg.it

RICHIESTA DI INVIO MEZZO POSTA
DELLA LETTERA DI CONVOCAZIONE A VISITA

Io sottoscritto /a _____

Nato /a _____ il _____

CHIEDE l'invio al seguente indirizzo:

Via _____ N° _____ CAP _____

Località _____ Provincia _____

ai sensi della Legge 196/2003, che regola il trattamento dei dati personali , dichiaro consapevolmente di accettare che il recapito delle comunicazioni a me destinate dalla Commissione Medica Provinciale per le patenti di guida di Udine , avvenga secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal Codice Postale, che prevede la consegna anche a persona diversa dal destinatario presente a domicilio o nella cassetta delle lettere.

DATA _____ FIRMA _____

Alla
Commissione Medica Patenti Provincia di Udine
Via Pozzuolo, 330 – Palazzina 6 - 33100 Udine
Tel.0432 806053
email: ufficiopatenti@asufc.sanita.fvg.it
PEC: asufc@certsanita.fvg.it

MODELLO DI DELEGA

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il_____

residente in via _____ CAP _____

città _____ Prov. _____

documento di identità n. _____

rilasciato da _____ il _____

DELEGA

alla presentazione della domanda per la prenotazione della visita in Commissione Medica Patenti ed alla gestione della documentazione finalizzata alla valutazione dell'idoneità' alla guida

- il/la sig./sig.ra _____
  nato/a _____ il_____
  residente in via _____ CAP _____
  città _____ Prov. _____

- Agenzia/ Autoscuola (timbro agenzia/autoscuola)

SOLO PER AGENZIE/AUTOSCUOLE: In caso di interesse di rilascio del Permesso Provvisorio di Guida , produrre ricevuta di versamento PagoPA **COD D1** al momento della presentazione della domanda.

Dichiara di essere informato, ai sensi e per effetti di cui all'art. 13 del D.lgs 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Il delegante

_____ _____
(luogo e data) (firma leggibile)

Allegare fotocopia del documento di identità in corso di validità della persona delegata e del delegante