

**Alla**  
**Commissione Medica Patenti Provincia di Udine**  
Via Pozzuolo, 330 – Palazzina 6 - 33100 Udine  
Tel.0432 806053  
email: [ufficiopatenti@asufc.sanita.fvg.it](mailto:ufficiopatenti@asufc.sanita.fvg.it)  
PEC: [asufc@certsanita.fvg.it](mailto: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/La 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 (BARARE 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 <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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

**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 \_\_\_\_\_

**MODULO FOTO/FIRMA**

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



INCOLLARE FOTO  
FORMATO TESSERA

**FIRMA ENTRO IL RIQUADRO**



**COGNOME** \_\_\_\_\_

**NOME** \_\_\_\_\_

**SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO PATENTI**

---

**DATA VISITA** \_\_\_\_\_

**NUMERO DI PRATICA** \_\_\_\_\_

### 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)



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**

**Alla**  
**Commissione Medica Patenti Provincia di Udine**  
Via Pozzuolo, 330 – Palazzina 6 - 33100 Udine  
Tel.0432 806053  
email: [ufficiopatenti@asufc.sanita.fvg.it](mailto:ufficiopatenti@asufc.sanita.fvg.it)  
PEC: [asufc@certsanita.fvg.it](mailto: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 \_\_\_\_\_