

Dichiaro di essere consapevole che il trattamento e la comunicazione dei miei dati personali e sensibili a terzi soggetti destinati per legge o per regolamento o ai quali la comunicazione è necessaria per l'esercizio dell'attività propria della ASST dei Sette Laghi sarà conforme a quanto previsto dal Regolamento generale EU 2016/679 sulla protezione dei dati.

✓ Firma _____

DELEGA

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a _____ prov (____) il ____/____/____
delega il Sig./Sig.ra _____
a rappresentarlo e assisterlo per lo svolgimento della pratica sopra descritta.
Allego alla presente copia dei documenti di identità del delegante e del delegato

Firma del delegante _____

1. Foto

2. Firma

3. INDICAZIONI PER RECAPITO POSTALE DELLA
PATENTE
(SE DIVERSO DA INDIRIZZO DI RESIDENZA)

INVIARE A: _____
via _____ n. _____
Comune _____ Provincia ____
CAP ____-____-____

Barrare se non compilato

- 1. Graffettare la foto tessera
 - 2. Firmare nel rettangolo
 - 3. Compilare con i dati e l'indirizzo dove verrà spedita la patente nuova
 - 4. Consegnare il FAP
 - 5. Graffettare l'attestazione di versamento del bollettino pagato sul c/c 4028 di € 16,00
 - 6. Graffettare l'attestazione di versamento del bollettino pagato sul c/c 9001 di € 10,20
- (si invita a pagare i bollettini in prossimità della visita E CONSEGNARLI IL GIORNO DELLA VISITA)

4. ALLEGARE IL FAP (FOGLIO
DI AUTORIZZAZIONE ALLA
PRESTAZIONE)

5. GRAFFETTARE
L'ATTESTAZIONE DI
VERSAMENTO (1^ PARTE DEL
BOLETTINO) di € 16,00 SUL
C/C 4028 - NON
LA RICEVUTA NON
INCOLLARE

6. GRAFFETTARE
L'ATTESTAZIONE
VERSAMENTO (1^ PARTE DEL
BOLETTINO) di € 10,20 SUL
C/C 9001 - NON LA
RICEVUTA NON INCOLLARE

Alla Commissione Medica Locale Patenti
della Provincia di VARESE
c/o ASST DEI SETTE LAGHI
VARESE

sottoscritt _____

nell'ambito dell'accertamento medico-legale per l'idoneità psicofisica della patente di guida di moto/autoveicoli/natanti **DICHIARA**, in relazione agli stati patologici (e/o condizioni) di seguito indicati che:

SI	NO	Sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio (pressione alta anche se normalizzata dal trattamento, pregresso infarto, angina, pregresso intervento cardiocirurgico, aneurisma, portatore di P.M. o di I.C.D. ecc....).
SI	NO	Se si, indicare quali:
SI	NO	Sussiste diabete mellito. Se si, specificare di quale tipo: () Insulino dipendente () NON insulino-dipendente () Trattato con dieta
SI	NO	Sussistono altre patologie endocrine (della tiroide, dei surreni, dell'ipofisi, ecc.).
SI	NO	Se si, indicare quali:
SI	NO	Soffre (oppure ha sofferto) di malattie neurologiche (ad es.: morbo di Parkinson, emiparesi, ischemia cerebrale transitoria, sclerosi multipla, ecc.). Se si, indicare quali:
SI	NO	Soffre (oppure ha sofferto) di disturbi o patologie psichiche (ad es.: ansia, depressione, schizofrenia, ritardo mentale, ecc.).
SI	NO	Se si, indicare quali e in quale periodo ne ha sofferto:
SI	NO	E' attualmente (oppure è stato) in cura con tranquillanti, antidepressivi, sonniferi o altri farmaci psicotropi.
SI	NO	Se si, indicare quali e il periodo di trattamento:
SI	NO	Ha o ha avuto problemi relativi ad abuso di alcolici (ad es.: alcol-dipendenza, guida in stato di ebrezza, ricoveri ospedalieri correlati, ecc.). Se si, specificare di quale tipo e quando:
SI	NO	Fa oppure ha fatto uso di canapa indiana, ecstasy, eroina, cocaina, amfetamine, LSD o altre sostanze stupefacenti .
SI	NO	Se si, specificare quali e quando:
SI	NO	Ha subito in passato un trauma cranico per il quale si è rivolto al medico/ospedale
SI	NO	Se si, specificare quando:
SI	NO	Soffre di epilessia o in passato ha manifestato crisi epilettiche (o convulsioni).
SI	NO	Se si, specificare la data dell'ultima crisi e indicare la terapia eseguita:
SI	NO	Soffre di disturbi del sonno causate da apnee ostruttive notturne tali da determinare sonnolenza diurna.
SI	NO	Se si, indicare se di entità () lieve, () moderata, () grave.
SI	NO	Sussistono malattie dell'apparato uro-genitale (ad es.: insufficienza renale cronica, dialisi, trapianto di rene)
SI	NO	Se si, specificare quali:
SI	NO	Ha problemi della vista non correggibili con lenti (glaucoma, distacchi di retina, retinite, nistagmo, diplopia, etc)
SI	NO	Se si, indicare quali:
SI	NO	Porta lenti a contatto.
SI	NO	Ha problemi di udito.
SI	NO	Porta protesi acustiche.
SI	NO	E' stato dichiarato invalido.
SI	NO	Se si, indicare quale: () Invalido Civile, () Invalido INAIL, () Invalido INPS, () altre Invalidità.
		Altro:

Il sottoscritto/a dichiara di aver fornito tutte le informazioni di mia conoscenza utili a definire lo stato di salute, in particolare facendo riferimento alle dichiarazioni relative all'abuso di alcolici, all'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope ed all'assenza di crisi epilettiche nell'ultimo anno.

Data Firma del Dichiarante

Si rammenta che in caso di dichiarazioni non veritiere si provvederà a revisione della patente di guida con conseguente revoca o sospensione della stessa, ai sensi degli artt. 128, 129 e 130 del D. Lgs. 30 aprile 1992 n. 285.

II/la	sottoscritto/a
-------	----------------

Nato/a _____
prov (____) _____
il _____/____/____
il _____/____/____

Residente a _____ Via _____

CF.

Tel. _____
email: _____

☐ Identificato tramite ☐ C. Identità ☐ Passaporto ☐ Patente ☐ altro_Specificare_____

Rilasciato da _____ di _____ il _____/_____/_____

Numero _____

Con scadenza _____ / _____ / _____

(allegare copia)

Titolare di Patente di guida di ☐ **A** ☐ **B** ☐ **C** ☐ **D** ☐ **E** ☐ **AM** ☐ **nautica** ☐ **Speciale**

Rilasciato da _____ di _____ il _____ / _____ / _____
(non indicare se già indicato per la identificazione)

Numero _____
Con scadenza _____ / _____ / _____
(non intestare se già intestata per altri versamenti)

Chiede

di essere sottoposto a visita per

(allegare copia patente)

☐ **conseguinto**

☐ **rilascio duplicato**

(allegare copia patente)

☐ **revisione**

(allegare copia decreto Prefettura/MCTC)

della patente di guida

Dichiara di ☐ AVERE ☐ NON AVERE effettuato precedenti visite mediche per l'idoneità alla guida presso altre CML su tutto il territorio nazionale. In caso positivo segnalare la provincia della CML () e produrre copia dell'ultimo verbale.

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

Firma _____