

**ASST DEI SETTE LAGHI \_ COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI DI GUIDA**  
(cliccare sulla sede territorialmente competente)

- Sede di VARESE – Via O Rossi 9  
 Sede di TRADATE – Via Gradisca 16  
 Sede di SESTO CALENDE – Largo C. Dell’Acqua 1

PRATICA N.
------------

Data \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a	
Nato a	Il
Residente a	Via
Codice fiscale	
Telefono	E-mail
DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO <input type="checkbox"/> C. Identità <input type="checkbox"/> Passaporto <input type="checkbox"/> Patente <input type="checkbox"/> altro (specificare) (allegare copia)	
Rilasciato da	Il
TITOLARE DI PATENTE DI GUIDA DI CATEGORIA	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> A
	<input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> S
	<input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> E
	<input type="checkbox"/> D1 <input type="checkbox"/> D
Numero	Rilasciata da
Rilasciata Il	<u>SCADENZA</u>
<b>CHIEDE di essere sottoposto a visita per: (cliccare per selezionare)</b>	
<input type="checkbox"/> <b>CONSEGUIMENTO</b> della patente di guida <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D1 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> <b>RINNOVO</b> della patente di guida <input type="checkbox"/> <b>REVISIONE</b> <input type="checkbox"/> <b>SOSPENSIONE</b> <input type="checkbox"/> <b>DUPLICATO</b> della patente di guida	
<b>DICHIARA di <input type="checkbox"/> AVERE <input type="checkbox"/> NON AVERE</b> 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 ( <u>  sigla  </u> ) e produrre copia dell’ultimo verbale.	
<b>DELEGA il/la Sig./ra .....</b> a rappresentarlo e ad assisterlo per lo svolgimento della pratica sopra descritta <b>(allegare copia del documento di riconoscimento di entrambi)</b>	
<small>La presente dichiarazione sottoscritta è valida ai sensi del art. 47 DPR 445 del 28 dicembre 2000 quale dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà. Dichiara di essere consapevole che il trattamento e la comunicazione dei miei dati personali e sensibili a terzi soggetti destinatari per legge o per regolamento o ai quali la comunicazione è necessaria per l’esercizio dell’attività propria della ASST Sette Laghi sarà conforme a quanto previsto dal Regolamento generale EU 2016/679 sulla protezione dei dati.</small>	

Firma \_\_\_\_\_  
(stampare e firmare)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA CERTIFICATO ANAMNESTICO PATENTI**  
**(nel caso di CONSEGUIMENTO allegare il certificato del Medico di Medicina Generale)**

Il/la sottoscritto/a .....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:

Sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio (pressione alta anche se normalizzata dal trattamento, pregresso infarto, angina, pregresso intervento cardiocirurgico, aneurisma, portatori di pace maker o di ICD, ecc....) se si, quali:	SI	NO
Sussiste DIABETE MELLITO (specificare se si: insulino dipendente/non insulino dipendente)	SI	NO
Sussistono altre patologie endocrine (tiroide, surreni, dell'ipofisi..) Se si, quali:	SI	NO
Soffro (oppure ho sofferto) di malattie neurologiche (morbo di Parkinson, emiparesi, ischemica cerebrale transitoria, sclerosi multipla..) Se si, quali:	SI	NO
Soffro (oppure ho sofferto) di disturbi o patologie psichiche (ansia, depressione, schizofrenica, ritardo mentale..) Se si, quali e in quale periodo:	SI	NO
Sono attualmente (oppure sono stato) in cura con tranquillanti, antidepressivi, sonniferi o altri farmaci psicotropi Se si, quali e in quale periodo:	SI	NO
Ho o ho avuto problemi relativi ad abuso di alcolici (alcol-dipendenza, guida in stato di ebrezza, ricoveri ospedalieri correlati, ecc.) Se si, quali e in quale periodo:	SI	NO
Faccio oppure ho fatto uso di canapa indiana, ecstasy, eroina, cocaina, amfetamine, LSD, o altre sostanze stupefacenti Se si, quali e in quale periodo:	SI	NO
Ho subito in passato un trauma cranico per il quale mi sono rivolto al medico/ospedale Se si in quale periodo:	SI	NO
Soffro di epilessia o in passato ho manifestato crisi epilettiche o convulsioni Se si, specificare la data dell'ultima crisi e indicare la terapia eseguita:	SI	NO
Soffro di disturbi del sonno causati da apnee ostruttive notturne tali da determinare sonnolenza diurna 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..) Se si, quali:	SI	NO
Sussistono problemi della vista non correggibili con lenti (glaucoma, distacchi di retina, retinite, nistagmo, diplopia,..) Se si, quali:	SI	NO
Porto lenti a contatto	SI	NO
Ho problemi di udito	SI	NO
Porto protesi acustiche	SI	NO
Sono stato dichiarato invalido	SI	NO
ALTRO:	SI	NO

Il/La 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.

Si rammenta che in caso di dichiarazioni non veritiere si provvederà alla revisione della patente di guida con conseguente revoca o sospensione della stessa ai sensi degli artt. 128, 129 e 130 del dlgs 285/92.

Data e firma.....

(stampare e firmare)

(stampare e firmare)

**GRAFFETTARE FOTOTESSERA  
RECENTE**

(sarà stampata sulla patente)

**FIRMA** (sarà stampata sulla patente)

**RECAPITO POSTALE DELLA PATENTE SE DIVERSO DA RESIDENZA**

Inviare a : .....

Via: .....

Comune: .....Prov.....

**PER TUTTI I TIPI DI ISTANZA:**

**GRAFFETTARE**

**ATTESTAZIONE VERSAMENTO  
(1^ PARTE DEL BOLLETTINO)**

**€ 16 sul ccp 4028**

**intestato al Dipartimento Trasporti Terrestri –  
imposta di bollo**

**INOLTRE, IN CASO DI RINNOVO:**

**GRAFFETTARE**

**ATTESTAZIONE VERSAMENTO  
(1^ PARTE DEL BOLLETTINO)**

**€ 10.20 sul ccp 9001**

**intestato al Dipartimento Trasporti Terrestri –  
diritti**

**ISTRUZIONI:**

- 1 - **COMPILARE** il modulo (editabile on line)
- 2 - **STAMPARE E FIRMARE** il modulo in tutte le sue parti (richieste n. 3 firme)
- 3 - **GRAFFETTARE LA FOTOTESSERA** nello spazio contrassegnato
- 4 - **GRAFFETTARE LE RICEVUTE DI PAGAMENTO DEI BOLLETTINI** negli spazi contrassegnati :  
per tutti i tipi di istanza € 16 sul ccp 4028 intestato al Dipartimento Trasporti Terrestri – imposta di bollo.  
Inoltre, in caso di RINNOVO: € 10.20 sul ccp 9001 intestato al Dipartimento Trasporti Terrestri – diritti
- 5 - **ALLEGARE COPIA DI:**

- Patente di guida posseduta
- Documento di identità in corso di validità (in caso di delega anche del soggetto delegato)
- Carta Regionale dei Servizi
- Precedente verbale CML se di altra Provincia
- Certificato invalidità (civile, inail, inps) se riconosciuta
- Attestazione del grado di correzione delle lenti in uso ( SOLO per categorie C, D, E)
- SE CONSEGUIMENTO DELLA PATENTE:** CERTIFICATO ANAMNESTICO COMPILATO DA PARTE DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE
- SE REVISIONE:** copia Lettera Motorizzazione con la quale viene disposta la revisione oppure Copia Decreto della Prefettura notificato
- SE SMARRIMENTO:** copia della denuncia di smarrimento della patente

Il costo, la modalità di pagamento della visita presso la CML e la documentazione da produrre saranno comunicati dalla Segreteria contestualmente all'appuntamento.

**LE ISTANZE PERVENUTE INCOMPLETE DI DATI, FIRME, FOTO, BOLLETTINI E ALLEGATI RICHIESTI NON SARANNO PROCESSATE.**