

PRATICA N. _____

Data _____

Il/la sottoscritto/a													
Nato/a a	Il												
Residente a	cap						Via						
Codice fiscale													
Telefono							E-mail						
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"/> C1 <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D1 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> NAUTICA				<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> E		
* allegare fotocopia * se revisione: allegare copia Lettera Motorizzazione con la quale viene disposta la revisione oppure Copia Decreto della Prefettura * se smarrimento: copia della denuncia di smarrimento della patente													
NUMERO							RILASCIATA IL						
DA							SCADENZA						
DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO <input type="checkbox"/> C. Identità <input type="checkbox"/> Passaporto <input type="checkbox"/> Patente <input type="checkbox"/> altro (specificare)													
*allegare fotocopia													
Numero			Rilasciato da			il			scadenza				
CHIEDE di essere sottoposto a visita per: (cliccare per selezionare)													
<input type="checkbox"/> CONSEGUIMENTO <input type="checkbox"/> RINNOVO <input type="checkbox"/> REVISIONE della patente <input type="checkbox"/> SOSPENSIONE <input type="checkbox"/> DUPLICATO							<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"/> NAUTICA				<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> E		
DICHIARA di <input type="checkbox"/> <u>AVERE</u> <input type="checkbox"/> <u>NON AVERE</u> 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.													
DELEGA il/la Sig./ra a rappresentarlo e ad assisterlo per lo svolgimento della pratica sopra descritta (<u>allegare copia del documento di riconoscimento di entrambi</u>)													
La presente dichiarazione sottoscritta è valida ai sensi del art. 47 DPR 445 del 28 dicembre 2000 quale dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà. Dichiaro 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.													

 Firma _____
 (stampare e firmare)

**GRAFFETTARE
FOTOTESSERA
RECENTE**

(sarà stampata sulla patente)

FIRMA (sarà stampata sulla patente)

RECAPITO POSTALE DELLA PATENTE SE DIVERSO DALLA RESIDENZA:

inviare a: _____

Via: _____

Comune _____ Prov. _____

ISTRUZIONI:

1. **COMPILARE il modulo**
2. **STAMPARE E FIRMARE il modulo in tutte le sue parti (richieste n. 3 firme)**
3. **GRAFFETTARE LA FOTOTESSERA nello spazio contrassegnato ↑**
4. **INSERIRE L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO PAGOPA a favore del Dipartimento Trasporti Terrestri**
Effettuabile esclusivamente tramite piattaforma PagoPA sul sito "PORTALE DELL'AUTOMOBILISTA"
selezionando la tariffa corrispondente alla prestazione richiesta:
RINNOVO PATENTE: tariffa N004 - diritti € 10,20 | bolli € 16,00
DUPLICATO PER RICLASSIFICAZIONE: tariffa N003 - diritti € 10,20 | bolli € 32,00
CERTIFICATO DEMATERIALIZZATO IN BOLLO PER CONSEGUIMENTO/DUPLICATO/REVISIONE: tariffa N019 - bolli € 16,00
5. **ALLEGARE FOTOCOPIA DI:**
 - a. Patente di guida posseduta
 - b. Documento di identità in corso di validità
 - c. Carta Regionale dei Servizi
 - d. Precedente verbale CML se emesso da altra Provincia
 - e. Verbale di invalidità civile / inail / inps se riconosciuta
 - f. Attestazione del grado di correzione delle lenti in uso (SOLO per categorie C,D,E)
 - g. **SE CONSEGUIMENTO DELLA PATENTE:** certificato anamnestico compilato da parte del medico di medicina generale
 - h. **SE REVISIONE:** copia Lettera della Motorizzazione con la quale viene disposta la revisione oppure copia del Decreto della Prefettura notificato
 - i. **SE SMARRIMENTO:** copia della denuncia di smarrimento della patente
6. 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, RICEVUTE DEI PAGAMENTI MIT, E DEGLI ALLEGATI RICHIESTI NON SARANNO PROCESSATE.

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

Il/la sottoscritto/anell'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 ebbrezza, 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, dipopia,..) 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)