

- Scuola Guida
 Agenzia

Alla Commissione Medica Locale Patenti Guida di Lecce c/o Asl. Lecce
 P.tta Bottazzi ex P.O. "V. Fazzi" - 73100 - LECCE
 Tel./Fax 0832/215211 - Tel. 0832215366
 mail: commpatenti@ausl.le.it
 Pec: sispnord.dipartimento.prevenzione@pec.asl.lecce.it

I sottoscritto.....
 nat_a il Residente a
 Via n. C.a.p. tel./cell
 E-mail: codice fiscale

Domicilio indicare solo se diverso da quelli di residenza:

Città..... Via n..... C.a.p.c/o.....

CHIEDE

La **prenotazione** a visita medica presso codesta Commissione per il rilascio del certificato di idoneità psico-fisica alla guida per:

RILASCIO patente – categoria..... (per i candidati all’esame di guida);
 RINNOVO patente – categoria..... con scadenza;
 DUPLICATO patente – categoria..... con scadenza;
 DECLASSAMENTO patente – categoria..... con scadenza;
 REVISIONE patente – categoria..... per verifica dell’idoneità alla guida, richiesta dalla Motorizzazione Civile/dalla Prefettura - (allegare copia Provvedimento di Revisione);

Motivo della richiesta di visita in Commissione (barrare le caselle che interessano):

Mutilazioni o patologie invalidanti agli arti
 Deficit Visivo **Deficit Udito** **Cardiopatía**
 Diabete Mellito **Malattia Neurologica** **Epilessia** **Malattia Psichiatrica**
 Invalide Civile/Lavoro (indicare valore percentuale%)
 Altre patologie - (specificare la malattia);
 Patente C-E (>65 anni) o D-E (>60 anni);
 Attestazione annuale per patenti C-E (trasporto merci > di 20 t.)L.120/10; **per patenti D-E** (trasporto persone)L. 120/10;
 Uso di sostanze Alcoliche **Uso di sostanze stupefacenti**

Si allegano:

1 Foto Tessera

Firma (non firmare sui bordi che delimitano lo spazio per la firma)

Foto Tessera recente su fondo bianco 35x42	Io Sig./radichiaro che la presente foto e firma corrispondono al__ sottoscritt__ che firma la presente richiesta di prenotazione, per conferma e acquisizione scansionata di foto e firma ai sensi del D.L. 59/2011 del Capo I del D.Lvo n. 2/13 e smi.
---	---

- Fotocopia** (leggibile fronte/retro) della **patente di guida** (per rinnovo/conseguimento patente);
- Fotocopia** (leggibile fronte/retro) della **carta d’identità** (per revisione/conseguimento della patente);
- Fotocopia** (leggibile fronte/retro) del **codice fiscale/tessera sanitaria** (per revisione/conseguimento);
- Fotocopia** (leggibile) del **Verbale di Invalidità Civile o del Lavoro** (se in possesso);
- Fotocopia Provvedimento di revisione emesso dalla Prefettura o Motorizzazione Civile;**
- Attestazione di versamento Dipartimento Trasporti Terrestri con **PagoPA** cod.N004 per rinnovo patente;
- Attestazione di versamento Dipartimento Trasporti Terrestri con **PagoPA** cod. N019 per conseguimento/revisione/permesso di guida patente;
- Attestazione di versamento di **€ 31,00** c.c. postale n.542738 int. a ASL Lecce Commissione Medica Locale Patenti Guida - (**Arti – Vista – Udito – Altezza – Dialisi – Malattie Neurologiche**);
- Attestazione di versamento di **€ 18,60** c.c. postale n.542738 int. a ASL Lecce Commissione Medica Locale Patenti Guida - (**Altre patologie**);
- Attestazione di versamento di **€ 24,80** c.c. postale n.542738 int. a ASL Lecce Commissione Medica Locale Patenti Guida -

(Revisione/rinnovo patente per uso di sostanze alcoliche e stupefacenti).

Lecce, li

Firma.....

DICHIARAZIONE AI SENSI DELLA LEGGE SULLA PRIVACY

Al sensi del D.Lvo 30/06/2003 n. 196 sono stato informato del fatto che i dati personali e quelli riguardanti le mie condizioni di salute, emersi a seguito della presente visita, tutelati dal segreto d’ufficio, saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge. Saranno trasmessi a competenti uffici pubblici, a loro volta vincolati dall’obbligo, per gli adempimenti di competenza previsti dalla Legge.
 Il sottoscritto autorizza il personale della Commissione Medica Locale di Lecce, se lo riterrà necessario, ad esaminare ed estrarre copia della documentazione sanitaria che lo riguarda, conservata presso strutture pubbliche. Inoltre autorizza l’inserimento dei dati personali e di quelli riguardanti le proprie condizioni di salute, emersi nel corso della presente visita, in una cartella clinica medico-legale, che potrà essere esaminata dal personale autorizzato, vincolato dall’obbligo del segreto d’ufficio, a seguito di qualsiasi richiesta di benefici presentata a strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

Lecce, li

Firma.....