

I\_ sottoscritto\_ .....  
nat\_ a ..... il .....  
Residente a ..... Via ..... n.....  
c.a.p..... tel./cel..... e-mail .....  
Codice Fiscale....., **di seguito indicare i dati di recapito della nuova  
patente, solo se diversi da quelli di residenza:** Città..... Via .....  
..... n..... cap..... 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** da patente cat..... a patente cat.....;
- REVISIONE** patente - categoria ..... per verifica dell'idoneità alla guida, richiesta dalla Motorizzazione Civile o dalla Prefettura (allegare copia del Provvedimento di Revisione);

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

- Mutilazioni o patologie invalidanti agli arti**  **Deficit Visivo**  **Deficit Uditivo**  **Cardiopatìa**
- 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 Pat.CE (trasporto merci >20 t.)L.120/10; per Pat.DE (trasporto persone)L.120/10;
- Uso di **sostanze Alcoliche** – indicare tasso alcoolemico riscontrato 1°.....mg/l – 2°.....mg/l;
- Uso di **sostanze Stupefacenti** – indicare tipo di sostanza assunta e/o detenuta .....

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./ra..... dichiaro che la presente foto e firma  
corrispondono al sottoscritto che firma la presente richiesta di prenotazione, per conferma e  
acquisizione scansionata di foto e firma si 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);
- Fotocopia (leggibile fronte/retro) della **carta d'identità** (per conseguimento o revisione della patente);
- 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 **€.16,00** c.c.postale **n.4028** int. **Dipartimento Trasporti Terrestri-Imposta di Bollo**, in originale su bollettino prestampato, disponibile presso tutti gli Uffici postali, in originale (per rinnovo della patente);
- Attestazione di versamento **€.10,20** sul c.c.postale **n.9001** int. **Dipartimento Trasporti Terrestri-Diritti L14-67**, in originale su bollettino prestampato, disponibile presso tutti gli Uffici postali, in originale (per rinnovo della patente), **da eseguirsi non prima dei 3 mesi dalla data di scadenza della propria patente;**
- Attestazione di versamento **€.24,80** sul c.c.postale **n.874701** int. **ASL BA – Commissione Medica Locale Bari**, in originale su bollettino in bianco, disponibile presso tutti gli uffici postali (sempre per essere sottoposti a visita medica);

Bari, .....

Firma .....

**DICHIARAZIONE AI SENSI DELLA LEGGE SULLA PRIVACY**

Ai sensi del Decreto Legislativo 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 ai 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 Bari, 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.

Bari, .....

Firma .....