

AZIENDA USL TA  
**COMMISSIONE MEDICA LOCALE**  
**PER L'ACCERTAMENTO DEI REQUISITI PSICOFISICI**  
**PER LA GUIDA DEI VEICOLI A MOTORE**  
VIA PUPINO 2/C 74123 TARANTO Tel. 099/4592872

Mail: [commissionepatentispeciali@asl.taranto.it](mailto:commissionepatentispeciali@asl.taranto.it)

Il sottoscritto/a.....  
nato/a a.....provincia di.....il.....  
e residente a .....via.....n.....  
cod. fiscale n..... Telefono del paziente .....

**RICHIEDE**

il conseguimento  rinnovo  revisione  duplicato  declassamento/riclassificazione  Allega revoca  
della patente di guida di categoria..... n..... **rilasciata** dalla MCTC/UCO

di.....il..... Validità fino al:.....  Fotocopia denuncia smarrimento

Fotocopia verb. ritiro patente  Certif. anamnestico L.120/2010  Fotocopia Verbale I.C. fronte/retro

VISTA  UDITO  ARTO INF. DX  ARTO INF. SX  ARTO SUP. DX  ARTO SUP. SX

VIOLAZIONE ART.186/2 C.d.S.  VIOLAZIONE ART.75 DPR 309/90 O 187 C.d.S  ALTRO

DIABETE  PATOLOGIA CARDIOVASCOLARE  EPILESSIA  PATOL.PSICHIATRICHE/NEUROL

n.1 Fototessera recente max( 6 mesi) largh. mm 32-35; h. mm. 40-45  Fotocopia provv. di revisione

Versamento di 10,20 euro su c/c postale 9001 intestato Dipartimento Trasporti Terrestri-Diritti L 14-67 (in caso di rinnovo)(SOLO PAGAMENTO PAGOPA INTESTATO AL PAZIENTE)

Versamento di 16,00 euro su c/c postale 4028 intestato Dipartimento Trasporti Terrestri-imposta di bollo(conseguimento/ rinnovo / revisione /riclassific)SOLO PAGOPA INTESTATO AL PAZIENTE

Versamento di 18,60 euro su c/c postale n.1002925418 intestato a "ASL TARANTO COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI GUIDA SERV.TES." 74100 Taranto(Causale: Visita C.M.L.)

Versamento di 47,20 euro su c/c postale n.1002925418 intestato a "ASL TARANTO COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI GUIDA SERV.TES." 74100 Taranto (Causale: Visita C.M.L.)

Per i minorati degli arti e per le patenti speciali per vista e per udito effettuare versamento di 31 euro sul c/c postale n.1002925418 intestato a "ASL TARANTO COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI GUIDA SERV.TES." 74100 Taranto(Causale: Visita C.M.L.)

Fotocopia della patente di guida fronte/retro, se in possesso, o di un documento d'identità in corso di validità fronte/retro  Fotocopia tessera sanitaria fronte/retro

Per i soggetti non in possesso di patente di guida indicare gli estremi di :

Documento d'identità.....n.....rilasciata da.....il.....

Si impegna ad esibire, all'atto della visita medica, tutta la documentazione in originale relativa alle patologie ed alle minorazioni, che sarà acquisita agli atti.

N.B: La domanda sarà presa in esame se compilata integralmente e trasmessa in PDF alla mail [commissionepatentispeciali@asl.taranto.it](mailto:commissionepatentispeciali@asl.taranto.it) anche da mail del delegato con la copia documento

Taranto, lì .....

Firma.....

REGIONE PUGLIA  
Azienda Sanitaria Locale TA  
**COMMISSIONE MEDICA LOCALE**  
Via Pupino n.2/c 74100 Taranto  
Tel. 099/ 4592872

**AUTODICHIARAZIONE** (da consegnare insieme alla istanza di rinnovo  
della patente di guida)

**IL SOTTOSCRITTO** .....  
**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA**  
**RESPONSABILITA' CHE LA FIRMA APPOSTA IN**  
**CALCE E' AUTENTICA.**

*Data*

*Firma*

**N.B. LA FIRMA DEVE ESSERE APPOSTA NELLO SPAZIO INDICATO  
SENZA SUPERARE I BORDI, AI FINI DELLA CONGRUITA' DELLA  
TRASMISSIONE DIGITALE.**

# RELAZIONE DI VISITA MEDICA

(Da conservare agli atti)

Conferma della patente di guida categoria .....

VISITA MEDICA iniziata in data ..... relativo alla persona di:

(Cognome)

(Nome)

nat. a ..... (.....) il .....

documento di riconoscimento ..... nr. ....

rilasciato da ..... il .....

il quale informato, in relazione agli stati patologici di seguito elencati, che in caso di dichiarazione mendace si provvederà, salvo che non si configuri altra ipotesi di reato, a sottoporre, ai sensi degli articoli 128, 129 e 130 del Codice della Strada così come modificati dagli articoli 9, 10 e 11 del D.P.R. 19 aprile 1994 n° 575, a revisione la patente di guida con conseguente revoca o sospensione della stessa,

## DICHIARA<sup>(2)</sup>:

- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| - sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio<br>( se Si quali .....   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - sussiste diabete<br>( se Si specificare se insulino-dipendente .....  | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - sussistono altre patologie endocrine<br>( se Si quali .....   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - sussistono turbe e/o patologie psichiche<br>( se Si quali .....   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - fa uso di sostanze psicoattive<br>( se Si quali .....   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - sussistono patologie del sistema nervoso<br>( se Si quali .....   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - soffre di epilessia o ha manifestato crisi epilettiche<br>( se Si specificare quando si è manifestata l'ultima .....                  | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - sussistono malattie del sangue<br>( se Si quali .....   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - sussistono malattie dell'apparato uro-genitale<br>( se Si quali .....   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - sussistono patologie visive<br>( se Si quali .....  | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - sussistono patologie uditive<br>( se Si quali .....   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - è invalido civile o del lavoro o di guerra o per servizio<br>( se Si specificare per quali malattie ed in quale misura (%/Tab.) ..... | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

Data .....

Firma dell'interessato/a

X

### DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Io sottoscritto ..... dichiaro di aver ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del D.Lgs 196/2003 con specifico riguardo ai diritti a me riconosciuti dalla legge ex art. 7 del D.Lgs 196/2003. In particolare, consapevole che l'accertamento medico legale è obbligatorio al fine di accertare l'assenza di condizioni ostative al rilascio dell'idoneità per il conseguimento o per la conferma di validità della patente di guida e che i dati riportati nel presente verbale saranno custoditi agli atti del medico responsabile del procedimento e titolare del trattamento, acconsento al trattamento dei miei dati con le modalità e per le finalità illustrate.

Data .....

Firma dell'interessato/a

X

Vista la sotto elencata documentazione, prodotta ed acquisita agli atti<sup>(1)</sup>