

Compilare in stampatello in modo leggibile

IL SOTTOSCRITTO.....

NATO A.....PROV..... IL

RESIDENTE A PROV..... CAP.....

VIA N.....

TEL.....FAX.....

EMAIL.....

DOMICILIATO A

VIA.....N.....

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, come modificato dal D.Lgs. 10 agosto 2018, n. 101, si informa che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, nel rispetto dei principi di correttezza, liceità, trasparenza e tutela della riservatezza degli interessati.

DESIDERO RICEVERE LA PRENOTAZIONE VIA:

- ☐ RACCOMANDATA ☐ RITIRO A MANO

CHIEDE DI ESSERE SOTTOPOSTO A VISITA MEDICA PER:

- ☐ CONFERMA VALIDITA'
☐ REVISIONE
☐ CONSEGUIMENTO

indicare il motivo per cui si rivolge alla commissione:

- a) MINORAZIONI ARTI SUPERIORI E/O INFERIORI
- b) DEFICIT VISIVO
- c) DEFICIT Uditivo
- d) AFFEZIONI CARDIOVASCOLARI
- e) DIABETE
- f) MALATTIE SISTEMA NERVOSO
- g) MALATTIE PSICHICHE
- h) MALATTIE DEL SANGUE
- i) EPILESSIA
- j) IN TRATTAMENTO EMODIALITICO, MALATTIE DEL SISTEMA UROGENITALE
- k) USO DI SOSTANZE PSICOATTIVE: ♦GUIDA IN STATO DI EBBREZZA (ART. 186)

♦GUIDA SOTTO EFFETTO DI SOSTANZE
STUPEFACENTI (ART. 187)

- ☐ RINNOVO PAT C (E) ETA' 65>
☐ RINNOVO PAT D (E) ETA' 60>

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA':

☐ DI ESSERE GIA' UTENTE DELLA COMMISSIONE MEDICA LOCALE DELLE
PATENTI DI GUIDA DI

.....

☐ DI NON ESSERE MAI SOTTOPOSTO A VISITA DA PARTE DI ALCUNA
COMMISSIONE MEDICA LOCALE.

☐ INDICARE SE LE CONDIZIONI DI SALUTE SONO CAMBIATE RISPETTO
ALLA VISITA PRECEDENTE

n.b. OBBLIGATORIO:

**1)ALLEGARE SEMPRE FOTOCOPIA FRONTE RETRO E LEGGIBILE
DELLA PATENTE DI GUIDA;**

**2) PER CHI DEVE FARE LA REVISIONE DELLA PATENTE DI GUIDA IN
SEGUITO A SOSPENSIONE (O RITIRO) ALLEGARE FOTOCOPIA
DELL'ORDINANZA DELLA PREFETTURA O DELLA
MOTORIZZAZIONE ;**

**3) PER GLI UTENTI CHE ABBIANO GIA' EFFETTUATO VISITE
MEDICHE PRESSO COMMISSIONI DIVERSE DA QUELLA DI PIACENZA,
DOVRA' ESSERE ALLEGATA LA FOTOCOPIA DEI CERTIFICATI
PRECEDENTI E RELATIVA DOCUMENTAZIONE SANITARIA E/O
AMMINISTRATIVA.**

**→IN ASSENZA DELLA SUDETTA DOCUMENTAZIONE , QUALORA LA
DOMANDA NON FOSSE COMPILATA CORRETTAMENTE LA
COMMISSIONE NON POTRA' DAR SEGUITO ALLA RICHIESTA E LA
PRATICA SARA' ARCHIVIATA.**

→IL NUMERO DI TELEFONO E' OBBLIGATORIO

DATA FIRMA.....