

ALLA COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI DI GUIDA PIACENZA  
Compilare in stampatello in modo leggibile

IL SOTTOSCRITTO.....

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

RESIDENTE A .....PROV..... C.A.P.....

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

TEL O CELL. (dove si risulta reperibili).....eventuale FAX .....

DOMICILIATO A .....

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

Informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgv. 196 del 30/06/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati , anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

**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) AFFEZZIONI 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 SOTANZE  
STUPEFACENTI (ART. 187)

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.**

**→COLORO CHE INDICASSERO IL NUMERO DI FAX RICEVERANNO LA  
CONVOCAZIONE PER FAX, IN ALTERNATIVA TALE CONVOCAZIONE  
VERRA' SPEDITA PER RACCOMANDATA**

**→IL NUMERO DI TELEFONO E' UN DATO OBBLIGATORIO**

**DATA ..... FIRMA.....**