

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

IL SOTTOSCRITTO.....

NATO A.....PROV. IL

RESIDENTE APROV..... 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.....