Presidente Commissione Medica Locale
Unità Operativa di Medicina Legale
Spedire tramite raccomandata postale A/R al seguente indirizzo: → Via Ettore Vitale, 248
88100 Catanzaro
Tel 09617033802

Il/la sottoscritto/a _____ / _____
(Cognome) (Nome)

Nato a _____(_____) il_____ _____ _____
(Comune) (Provincia) (giorno) (mese) (anno)

Residente in _____ (_____) **via** _____ **n.**_____

Tel.____-_____ **Codice Fiscale** | | | | | | | | | | | | | | | | |

Statura _____**Peso Kg**_____

Titolare della:

- ☐ Patente di guida di categoria _____nº_____ rilasciata da_____il_____
- ☐ Carta d'Identità nº _____ rilasciata da _____ il _____

CHIEDE

Di essere sottoposto a visita medica per ottenere il certificato medico di idoneità alla guida:

☐ Conseguimento ☐ Rinnovo ☐ Revisione ☐ Duplicato ☐ Riclassificazione

DICHIARA

- ☐ Di essere invalido civile / di guerra / di servizio / del lavoro con percentuale / categoria: _____
- ☐ Di NON essere invalido;
- ☐ Di NON aver precedenti presso questa o altre Commissioni Mediche Locali;
- ☐ Di essere stato precedentemente visitato dalla Commissione Medica Locale di:_____

ALLEGA

1) Copia della patente o, solo per primo rilascio, smarrimento, distruzione, deterioramento: copia della carta d'identità
2) Attestazione di €30.99 o di €24.79 o di €18.59 (l'importo del versamento è indicato al alto del ''**MOTIVO DELLA VISITA**'').
   - Con bonifico sul c/c bancario BNL n.IT57X0100504400000000218070
   - intestato a: **AZIENDA SANIT.PROV.CATANZARO**
   - causale: ''Rilascio certificato patente guida''
3) Copia di eventuale verbale di invalidità civile o riconoscimento legge 104/92 o causa di servizio o invalidità INAIL;
4) Solo per le patenti di **categoria C, C+E, D, D+E. Nautica** e per soggetti con ''**Disturbi respiratori in sonno"** ulteriore versamento di €20.00:
   - Con bonifico sul c/c bancario BNL n.IT57X0100504400000000218070
   - intestato a: **AZIENDA SANIT.PROV.CATANZARO**
   - causale: ''Tempi di reazione''

➢ Per **RINNOVI** allegare oltre quanto indicato nei punti 1), 2), 3) e se si tratta di patenti di categoria C, C+E, D, D+E, Nautica, anche al punto 4):
   - Versamento Pago PA di €10.20 sul c/c postale n.9001 cod.N004;
   - Versamento Pago PA di €16.00 sul c/c postale n.4028 cod.N004;
   - n.1 fotografia formato fototessera.

➢ Per **PRIMI RILASCI, REVSIONE, DECLASSAMENTO, CONVERSIONE, DUPLICATO,** per smarrimento (**denuncia da fornire in copia**), sottrazione, distruzione, deterioramento, allegare, oltre a quanto specificato nei punti 1), 2), e 3) e se si tratta di patenti di categoria C, C+E, D, D+E, Nautica, anche nel punto 4):
- Certificato anamnestico (rilasciato dal medico curante impiegando il modello nel sito dell'ASP: **Allegato 2**;
- Versamento Pago PA di €16.00 sul c/c postale n.4028 cod.N019;
- n.1 fotografia formato fototessera

➢ Per **REVISIONI** per guida in stato di ebbrezza o dopo aver assunto sostante stupefacenti o psicotrope, allegare anche: 2 copie decreto della Prefettura, con indicazione del motivo della sospensione (eventuale tasso alcolemico rilevato)

MOTIVO DELLA VISITA
(per pluripatologie inserire il versamento di importo maggiore)

Minorazione:
- ☐ Della vista (vers. **€18.59**)
- ☐ Dell'udito (vers. di **€18.59**)
- ☐ Degli arti (vers. di **€30.99**)
- ☐ Della conformazione somatica (vers. **€30.99**)

Perché affetto da:
- ☐ malattie del cuore (vers. **€18.59**)
- ☐ diabete (vers. **€18.59**)
- ☐ malattie neurologiche (vers. **€30.99**)
- ☐ malattie del sangue (vers. **€18.59**)
- ☐ epilessia (vers. **€18.59**
- ☐ insufficienza renale (vers. **€18.59**)
- ☐ disturbi psichici (vers. **€18.59**)
- ☐ guida in stato di ebbrezza/stupefacenti (vers. **€24.79)**

☐ Altro (da specificare) _____ (vers. **€18.59 salvo integrazione**)

Luogo _____, Data _____

FIRMA LEGGIBILE CONTENUTA **DENTRO** AL RIQUADRO

N.B la presente domanda de essere compilata in tutte le sue parti, datata e firmata (si segnala l'importanza del **recapito telefonico: fisso o cellulare**)

Allegato n.12a