

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

nato a _____ il _____
(Comune) (Provincia) (giorno) (mese) (anno)

residente in _____ via _____ n. _____

tel. _____ Codice Fiscale _____

Titolare della ☐ Patente di guida di categoria _____ n° _____ rilasciata da _____ il _____
☐ Carta d'identità n° _____ rilasciata da _____ il _____

Statura cm _____ Peso Kg _____

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 avere 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 di € 30,99 o di € 24,79 o di € 18,59 (l'importo del versamento è indicato a lato del "MOTIVO DELLA VISITA")
Con bonifico sul c/c bancario BNL n. IT57X0100504400000000218070 intestato a: ASP Catanzaro Servizio Medicina Legale Patenti Speciali
- 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 sul c/c bancario BNL n. IT57X0100504400000000218070 intestato a: ASP Catanzaro Servizio Medicina Legale -causale: Tempi di reazione-----

- Per **RINNOVI** allegare, oltre a quanto indicato ai punti 1), 2), 3) e, se si tratta di patenti di categoria C, C+E, D, D+E, Nautica, anche al punto 4):
- Versamento con **PAGO PA** di € 10,20 sul c/c postale n.9001 intestato a: Dipartimento Trasporti Terrestri - causale versamento: 020 Tariffa MC
 - Versamento con **PAGO PA** di € 16,00 sul c/c n. 4028 intestato a: Dipartimento Trasporti Terrestri - causale versamento: imposta di bollo
 - n.1 fotografia formato tessera

- Per **PRIMO** rilascio, **REVISIONE**, **DECLASSAMENTO**, **CONVERSIONE**, **DUPLICATO** per smarrimento (denuncia da fornire in cop sottrazione, distruzione, deterioramento, allegare, oltre a quanto indicato ai punti 1), 2) e 3) e, se si tratta di patenti di categoria C, C+E, D, D Nautica, anche al punto 4):

- Certificato anamnestico (rilasciato dal Medico curante impiegando il modello nel sito dell'ASP: Allegato 2)
- Versamento con **PAGO PA** di € 16,00 sul c/c n. 4028 intestato a: Dipartimento Trasporti Terrestri - causale versamento: imposta di bollo
- n.1 fotografia formato tessera (da consegnare al ritiro del certificato)

- Per **REVISIONI** per guida in stato di ebbrezza o dopo avere assunto sostanze stupefacenti o psicotrope, allegare anche: copia decreto della Prefettura con indicazione del motivo della sospensione (eventuale tasso alcolemico rilevato)

MOTIVO DELLA VISITA

(per pluripatologie: eseguire il versamento di importo maggiore)

Minorazione:

- ☐ della vista (versamento € 18,59)
☐ dell'udito (versamento € 18,59)
☐ degli arti (versamento € 30,99)
☐ della conformazione somatica (vers. € 30,99)
☐ Altro (specificare) _____ (versamento € 18,59 salvo integrazione)

Perché affetto da:

- | | |
|---|--|
| ☐ malattie del cuore (versamento € 18,59) | ☐ epilessia (versamento € 18,59) |
| ☐ diabete (versamento € 18,59) | ☐ insufficienza renale (versamento € 18,59) |
| ☐ malattie neurologiche (vers. € 30,99) | ☐ disturbi psichici (versamento € 18,59) |
| ☐ malattie del sangue (versamento € 18,59) | ☐ guida in stato di ebbrezza/stupefacenti (vers. € 24,79) |

(Comune)

(Data)

(Firma leggibile contenuta dentro al riquadro)

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

Allegato n. 12a