

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

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

Residente in _____ (Comune) via _____ n. _____

Tel. _____ - _____ Codice Fiscale _____ Statura _____ Peso Kg _____

Titolare della:

- Patente di guida di categoria _____ n° _____ rilasciata da _____ il _____
 Carta d'Identità n° _____ 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: **AZIEDA 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: **AZIEDA 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, REVISIONE, 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 (**da consegnare al ritiro del certificato**).
- Per **REVISIONI** per guida in stato di ebbrezza o dopo aver assunto sostanze 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)

_____, _____
(Comune)

(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