

# COMMISSIONE MEDICA LOCALE

## PATENTI SPECIALI

AUTODICHIARAZIONE (Aggiornata Ottobre 2020)  
(art.119, D.lgs/1992 "Nuovo Codice della Strada)

Il/La Sottoscritto/a.....

Nato/a a.....Prov.(.....)

Il...../...../.....residente in.....Prov.(.....)

Via/piazza.....tel.....

n. patente.....rilasciata da.....scadenza.....

### CHIEDE

Di essere sottoposto agli accertamenti sanitari e medico legale per la certificazione dell'idoneità psicofisica per :

- RILASCIO PATENTE CATEGORIA
- RINNOVO PATENTE CATEGORIA .....DATA SCADENZA.....
- REVISIONE PATENTE SU RICHIESTA DELLA MOTORIZZAZIONE CIVILE

### A TAL FINE

Consapevole che in caso di dichiarazioni non corrispondenti al vero si applicheranno le sanzioni penali richiamate all'art.76 del DPR 445/2000,

a conoscenza, ai sensi dell'art. 13 d.lgs n. 195/2003, che i dati personali riportati nella presente dichiarazione saranno trattati esclusivamente ai fini del procedimento nel cui ambito la dichiarazione viene resa,

### DICHIARA CHE

Barrare la voce che corrispondente al motivo della richiesta			TIPOLOGIA PRESTAZIONE QUOTA DA PAGARE
<input type="checkbox"/>	<b>M</b>	Affetti da patologie che possono interferire sull'idoneità alla guida come minorazioni anatomiche degli arti e/o importanti deficit neurologici	I 30.99
<input type="checkbox"/>	<b>S</b>	Problemi uditivi	IS 24.79
<input type="checkbox"/>	<b>C</b>	sussistono Patologie dell'apparato cardio-circolatorio	B 18.59
<input type="checkbox"/>	<b>D</b>	sussiste Diabete	B 18.59
<input type="checkbox"/>	<b>E</b>	sussistono altre patologie endocrine	B 18.59
<input type="checkbox"/>	<b>P</b>	sussistono turbe e/o Patologie psichiche	B 18.59
<input type="checkbox"/>	<b>CE</b>	soffre di epilessia o ha manifestato crisi epilettiche	B 18.59
<input type="checkbox"/>	<b>S</b>	sussistono malattie del sangue	B 18.59
<input type="checkbox"/>	<b>U</b>	sussistono malattie dell'apparato Uro-genitale	B 18.59
<input type="checkbox"/>	<b>PCDE</b>	patenti categoria superiore (ultra sessantenni-sessantacinquenni)	B 18.59
<input type="checkbox"/>	<b>APN</b>	Apnee notturne	B 18.59
<input type="checkbox"/>	<b>AL</b>	abuso di Alcool	A 24.79
<input type="checkbox"/>	<b>ST</b>	abuso di Sostanze	S 18.59
<input type="checkbox"/>	<b>ALTRO</b>	specificare	B 18.59

Data

FIRMA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI SPECIALI

CERTIFICAZIONE DI IDONEITA' ALLA GUIDA PER GLI UTENTI:

**DOCUMENTI NECESSARI (Aggiornati ottobre 2020):**

CONSEGUIMENTO (RILASCIO):	RINNOVO:	REVISIONE:
<ul style="list-style-type: none"><li>• Una foto formato tessera recente</li><li>• Certificato anamnestico rilasciato dal medico di famiglia</li><li>• <b>Carta di identità in corso di validità ( in caso di mancanza di documento la visita non sarà effettuata)</b></li><li>• <b>Copia tessera sanitaria</b></li><li>• Copia documento di riconoscimento</li><li>• Autodichiarazione correttamente compilata</li><li>• <b>Attestazione di versamento</b> sul c/c postale N° 4028 intestato al Dipartimento Trasporti Terrestri - Diritti di 16,00 Euro</li><li>• Originali di referti di esami e/o risultanze di visite specialistiche effettuati e con data <b>non anteriore a 3 mesi (30 giorni per certificato sull'epilessia)</b> dal momento della visita</li><li>• <b>Attestazione di versamento</b> sul c/c postale N° 82501008 intestato alla Asl Roma 5 – commissione patenti speciali- dell'importo indicato sulla prenotazione</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Una foto formato tessera recente</li><li>• <b>Patenti di guida in Originale o in mancanza , altro documento valido di riconoscimento ( in caso di mancanza di documento la visita non sarà effettuata)</b></li><li>• Certificato anamnestico rilasciato dal medico di famiglia</li><li>• Copia documento di riconoscimento</li><li>• <b>Copia tessera sanitaria</b></li><li>• Fotocopia della patente di guida</li><li>• Autodichiarazione correttamente compilata</li><li>• Originali di referti di esami e/o risultanze di visite specialistiche effettuati e con data <b>non anteriore a 3 mesi (30 giorni per certificato sull'epilessia)</b> dal momento della visita</li><li>• <b>Attestazione di versamento</b> sul c/c postale N° 4028 intestato al Dipartimento Trasporti Terrestri - Diritti di 16,00 Euro</li><li>• <b>Attestazione di versamento</b> sul c/c postale N° 9001 intestato al Dipartimento Trasporti Terrestri - Diritti L. 14/67 di <b>10,20 Euro</b></li><li>• <b>Attestazione di versamento</b> sul c/c postale N° 82501008 intestato alla Asl Roma 5 – commissione patenti speciali- dell'importo indicato sulla prenotazione</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Una foto formato tessera recente</li><li>• <b>Patenti di guida in Originale o in mancanza , altro documento valido di riconoscimento ( in caso di mancanza di documento la visita non sarà effettuata)</b></li><li>• Certificato anamnestico rilasciato dal medico di famiglia</li><li>• Copia documento di riconoscimento</li><li>• <b>Copia tessera sanitaria</b></li><li>• Fotocopia della patente di guida</li><li>• Autodichiarazione correttamente compilata</li><li>• <b>Attestazione di versamento</b> sul c/c postale N° 4028 intestato al Dipartimento Trasporti Terrestri - Diritti di 16,00 Euro <b>(marca da bollo da 16.00 e non C/C per coloro che debbono effettuare la visita ai sensi del rilascio certificato di abilitazione professionale per patenti categorie superiori)</b></li><li>• Originali di referti di esami e/o risultanze di visite specialistiche effettuati e con data <b>non anteriore a 3 mesi (30 giorni per certificato sull'epilessia)</b> dal momento della visita</li><li>• Copia del verbale di sospensione o altro se la revisione viene disposta a seguito dell'intervento delle Forze di Polizia</li><li>• <b>Attestazione di versamento</b> sul c/c postale N° 82501008 intestato alla Asl Roma 5 – commissione patenti speciali- dell'importo indicato sulla prenotazione</li></ul>

La documentazione sanitaria dovrà essere presentata in originale e non verrà restituita

## **LE PRENOTAZIONI muniti di autodichiarazione e fotocopia documento riconoscimento e codice fiscale**

Se la domanda è presentata da persona diversa dall'interessato l'impiegato addetto alla ricezione della domanda procederà all'identificazione del delegato a mezzo di un valido documento di identità personale dello stesso. Occorrerà produrre altresì una delega sottoscritta dall'intestatario della pratica con firma semplice accompagnata da un valido documento in fotocopia del delegante. SI EFFETTUANO PRESSO I PUNTI CUP - AZIENDA Roma 5-(con esclusione delle Farmacie)

La segreteria è aperta nei giorni Lunedì – Mercoledì dalle 9.00 alle 12.00 presso il Distretto Sanitario di Colferro Via degli esplosivi n.9- nei giorni lunedì e mercoledì dalle ore 9.00 alle 12.00 presso il Distretto Di Tivoli – Piazza Massimo 1 –

**NB: COLORO CHE DEVONO SOTTOPORSI A VISITA MEDICA AI SENSI DEGLI ARTT. 186/187 CDS DEVONO PRESENTARSI IN COMMISSIONE MUNITI DI DECRETO DI SOSPENSIONE DEL PREFETTO**

**NB: COLORO CHE DEVONO SOTTOPORSI A VISITA MEDICA PER PATENTE CATEGORIA SUPERIORE E PER IL RILASCIO ATTESTATO CAT.C e D DEVONO PRESENTARSI IN COMMISSIONE MUNITI DI CERTIFICATO RELATIVO AI TEMPI DI REAZIONE**

