



Prenotazione visita per il alle ore
--

**MODULO A: RICHIESTA PER VISITA DI IDONEITÀ ALLA GUIDA PRESSO LA
COMMISSIONE MEDICA LOCALE DI RIMINI (Art. 330 DPR 495 e Art. 119 comma 4 C.d.S.)**

da presentare presso gli sportelli Aziendali
(solo sedi presenti nell'elenco allegato)

Il sottoscritto.....nato a.....prov.....il
 residente a.....via.....n°.....cap
 domiciliato a.....via.....n°.....cap.....
 telefono.....patente di guida/ patente nautica n°.....categoria.....
 rilasciata da.....il.....con scadenza il

oppure in caso di PRIMO RILASCIO - SOSPENSIONE - REVOCA

carta di identità n°..... rilasciata da..... il.....

FA DOMANDA

di essere sottoposto a visita collegiale ai fini del rilascio del certificato medico di idoneità per

- RILASCIO** **REVISIONE** **DUPLICATO/DECLASSAMENTO/
RICLASSIFICAZIONE/CONVERSIONE**

PATENTE CAT.: A B C D AS CS PAT. NAUTICA
 AM BE CE DE BS (anche conferma/rinnovo)

Barrare la/e motivazione/i

Commissione Tipo 1 (codice CML01-01)	<input type="checkbox"/> <i>malattie cardiovascolari, diabete, malattie endocrine, malattie sistema nervoso, malattie psichiche, malattie del sangue, dialisi, trapianto d'organo, epilessia, sindrome apnee notturne, malattie degenerative progressive dell'occhio (sottolineare la patologia)</i> <input type="checkbox"/> <i>patente C-CE per età superiore a 65 anni</i> <input type="checkbox"/> <i>patente D-DE per età superiore a 60 anni</i> <input type="checkbox"/> <i>eventuale attestato annuale di idoneità professionale per le patenti di categoria C-CE-D-DE</i> <input type="checkbox"/> <i>Art. 187 C.d.S. (sostanze psicotrope e/o stupefacenti) (codice esami 9696CML)</i>
Commissione Tipo 2 (codice CML02-01)	<input type="checkbox"/> <i>Commissione con Alcoologo - art. 186 C.d.S. (guida sotto influenza di alcool) (codice esami 9990CML)</i>
Commissione Tipo 3 (codice CML03-01)	<input type="checkbox"/> <i>Commissione con Fisiatra Per mutilazioni o minorazioni motorie - Patente per guida di veicoli con adattamenti</i>
Commissione Tipo 4 (codice CML04-01)	<input type="checkbox"/> <i>Ipoacusia non correggibile con protesi acustiche - Art. 326 C.d.S. "Patente cat. BS udito"</i>

DICHIARA

di avere ricevuto le informazioni di cui al D.Lgs. 196/2003 e di acconsentire il trattamento dei dati personali e sensibili con le modalità e per le finalità indicate nella informativa stessa, comunque solo per i fini istituzionali e nei limiti della norma richiamata.

LUOGO E DATA _____

FIRMA _____

MODULO A (rilascio/revisione/duplicato/declass/riclassif) informativa



DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE PRESSO GLI SPORTELLI CUP ALL'ATTO DELLA PRENOTAZIONE (visita per rilascio/revisione/duplicato/ declassamento/riclassificazione)

- Modulo della domanda (Modulo A) compilato in tutte le sue parti e firmato;
- Fotocopia leggibile fronte/retro della patente di guida (e/o nautica);
- Tessera Sanitaria/Tessera Europea Assicurazione Malattia (TEAM);
- Fotografia formato tessera (mm 33 X 40) recente riportante sul retro nome e cognome leggibili;
- ed INOLTRE:
 - ◇ IN CASO DI REVISIONE: provvedimento dell'Ente (Prefe, Motorizzazione Civile, Capitaneria) che dispone la revisione (qualora non se ne sia in possesso chiedere copia all'Ente);
 - ◇ IN CASO DI FURTO O DI SMARRIMENTO: denuncia smarrimento o furto rilasciata dalle forze dell'ordine.

Per ulteriori informazioni e chiarimenti l'utente può contattare la Commissione Medica Locale Patenti al numero **0541/707255** nei seguenti giorni: **LUNEDI' e VENERDI' dalle ore 8,30 alle ore 12:00.**