



REGIONE ABRUZZO
AZIENDA SANITARIA LOCALE 2 - LANCIANO-VASTO-CHIETI
Sede Legale Via Martiri Lancianesi n. 17/19 – 66100 Chieti C.F. e P. Iva 02307130696

Il/La sottoscritt...Cognome.....Nome.....
nat...a.....pr.....il.../...../.....documento di riconoscimento (**0** patente
0Carta Identità **0**altro.....) n° rilasciat...
da.....di..... il/...../.....

informat., in relazione agli stati patologici di seguito elencati, che in caso di dichiarazione mendace si provvederà, salvo che non si configuri altra ipotesi di reato, a sottoporre, ai sensi degli articoli 128, 129 e 130 del Codice della strada così come modificati dagli articoli 9, 10 e 11 del D.P.R. 19 aprile 1994 n° 575, a revisione la patente di guida con conseguente revoca o sospensione della stessa, **DICHIARA di presentare le seguenti infermità o condizioni** indicare con una X nel tondo la/e voce/i d'interesse:

0 sussistono Invalidità (civile, INAIL, INPS, causa servizio, Guerra, es Ticket, ecc)

0 1 malattie cardiovascolari (0 angina/infarto miocardico, 0 valvulopatia, 0 interventi al cuore, 0 portatore di PMK, 0 ICD, 0 cardiopatia ipertensiva, 0 altro)

0 2 diabete per C, D, CE, DE. (per A, B, BE: se presenti complicanze); **0 3 malattie endocrine:** es tiroide surreni, ipofisi, ecc); **0 4 malattie sistema nervoso:** 0 sclerosi multipla 0 m. di Parkinson 0 esiti ictus 0 encefalite 0 miastenia grave o malattie del sistema nervoso associate ad atrofia muscolare progressiva e/o disturbi miotonici, ecc; 0 malattie del sistema nervoso periferico; 0 postumi invalidanti di traumatismi del sistema nervoso centrale o periferico, **0 4 bis sindrome apnee**

notturne, narcolessia; 0 5 epilessia - anche pregressa - **0 6 malattie psichiche; 0 7 uso di sostanze psicoattive** 0 alcool 0 sostanze stupefacenti 0 psicofarmaci; **0 7 bis cura pregressa o attuale presso un Servizio per le Dipendenze; 0 8 malattie del sangue** (es. leucemie, linfomi, mieloma, ecc); **0 9 malattie apparato uro-genitale** (es. insufficienza renale cronica in dialisi, trapianto, ecc); **0 10 patologie apparato visivo** (es retinopatie, maculopatie, glaucoma, cataratta, deficit campo visivo, ecc.); **0 11 patologie apparato uditivo** (es sordità, gravi deficit, protesi acustiche); **0 12 minorazioni fisiche anatomiche e/o funzionali di arti superiori, inferiori o rachide; 0 13 anomalie somatiche** (es nanismo, gibbo, ecc. ecc); **0 14 altro:** specificare (es. malattie oncologiche, trapianto, cirrosi epatica, 02 terapia, ecc.).....

0 15 limiti di età: specificare se: 015a; 015b; 015c:

15a: se si ha un'età superiore ai 60 aa e si è titolare di patente ctg "D" o "DE" (**fino a 68aa**);

15b: se si ha un'età superiore ai 65 aa e si è titolare di patente ctg "C" o "C/E";

15c: si richiede **attestato** per condurre (**fino a 68aa**) **0** autotreni ed autoarticolati di massa complessiva a pieno carico superiore alle 20 t; **0** autobus, autocarri, autotreni, autoarticolati ed autosnodati, adibiti al trasporto di persone.

datafirma del dichiarante

spazio riservato al medico della CML.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....timbro e firma medico.....

.I. sottoscritt. Cognome.....Nome.....

DICHIARA di essere residente a.....pr...Via.....
.....n...tel/cell.....email.....domicilio
se diverso dalla residenza.....Via.....n...

di essere titolare della patente di guida n°.....ctg: **A B B+E C C+E D D+E E CAP**
O speciale AS BS CS (per minorazioni: **O fisiche O uditive O visive**) rilasciata da
Prefettura/Motorizzazione di.....il.../.../.....scadenza il .../.../.....

CHIEDE di sottoporsi a **visita medica** per - contrassegnare con una X nel tondo la/e voce/i d'interesse -:

1) **RILASCIO:** Per i minorenni occorre la presenza di un genitore in occasione della visita.

per 1° conseguimento; dopo revoca; Riclassificazione per:

passaggio da categoria (posseduta) a categoria

conversione: da patente speciale (per MONOCOLI - direttiva 2009/112/CE); di patente estera/militare

Duplicato per: deterioramento smarrimento / furto (presentare la denuncia)

2) **RINNOVO** della patente (**ATTENZIONE il giorno del COLLOQUIO/VISITA presentare anche:**

a) una **FOTO formato TESSERA (recente)** riportante sul retro nome e cognome leggibili

b) **patente + fotocopia fronte retro della stessa**

c) **bollettini pagati** intestati a Dipartimento Trasporti Terrestri su: **c/c postale 4028 di €16,00 e**
c/c postale 9001 di €10,20 (reperibili e da pagare presso gli Uffici Postali).

Rinnovo del solo Attestato (fino a 68 aa - per patenti superiori nei soggetti con raggiunti
vedi punto 15 c pag 1 -) i limiti di età, con patente in corso di validità

3) **REVISIONE** per - contrassegnare con una X nel tondo la/e voce/i d'interesse -:

infermità/invalidità (esibire al colloquio il verbale di invalidità) **incidente stradale**

violazione (riportare data:...../...../.....): art 186 cds art 187 cds art.75 DPR 309/90

Vi è stata ulteriore sospensione nel periodo di controllo della Commissione **Si** **No**

DICHIARA inoltre: di **NON ESSERE** / di **ESSERE** stato sottoposto a visita presso la CML Patenti
di..... nell'anno _____ mese

che **NON ESISTE** / che **ESISTE** ricorso pendente presso una Unità Sanitaria Territoriale ovvero
innanzi all'Autorità Giudiziaria.

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.

Data.....firma del dichiarante

**Alla presente domanda deve essere allegata la documentazione amministrativa e
sanitaria riportata sul SITO della Commissione medica**