

DOMANDA DA COMPILARE IN OGNI PARTE E SPEDIRE ALL'INDIRIZZO cml.macerata@sanita.marche.it

Il/la Sig. _____ nato/a a _____ il ____/____/____
 Residente a _____ via _____
 Domiciliato(se non coincide con la residenza) a _____ via _____
 Patente (solo se in possesso) n. _____ categoria _____
 rilasciata il _____ da _____ **valida fino al** _____
 recapito telefonico _____

chiede di essere sottoposto a visita medica per l'accertamento dell' idoneità psico-fisica per:

- REVISIONE** (allegare provvedimento Pref./UMC) **CONFERMA**(rinnovo patente)
 CONSEGUIMENTO **RINNOVO ATTESTATO** **ALTRO** _____
 della patente di guida categoria: **A** **AM** **AS** **B** **BS** **C** **CS** **D** **BE** **CE** **DE** **K**

SPECIFICARE LA MOTIVAZIONE E COMPILARE IL CAMPO "PATOLOGIA" SE SI È AFFETTI DA MALATTIE

<input type="checkbox"/> <i>art.186 C.d.S (alcol)</i>
<input type="checkbox"/> <i>art. 187 C.d.S. / Art. 75 DPR 309/90 (sostanze stupefacenti)</i>
<input type="checkbox"/> <i>limiti di età patenti di categoria superiore</i>
<input type="checkbox"/> <i>art. 128 del D.L.gs 30 aprile 1992, n. 285 (ALLEGARE SEMPRE PROVVEDIMENTO)</i>
<input type="checkbox"/> patologia – indicare quale/i <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <i>patologie dell' apparato cardio-vascolare</i> <input type="checkbox"/> <i>patologie arti inferiori/superiori. Si utilizzano protesi durante la guida?</i> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <i>patologie psichiatriche</i> <input type="checkbox"/> <i>patologie delle ghiandole endocrine (diabete)</i> <input type="checkbox"/> <i>patologie del sistema nervoso centrale e periferico (epilessia, morbo di parkinson, sclerosi multipla, esiti di ischemia o emorragia cerebrale, ecc...)</i> <input type="checkbox"/> <i>patologie dell' apparato uro-genitale (dialisi)</i> <input type="checkbox"/> <i>patologie dell' apparato visivo</i> <input type="checkbox"/> <i>patologie dell' apparato audio-vestibolare</i> <input type="checkbox"/> <i>patologie dell' apparato respiratorio</i> <input type="checkbox"/> <i>altro</i> _____

dichiara inoltre *di non essere* / *di essere* stato sottoposto a visita presso altre C.M.L.(di _____)

Importante: se in possesso di patente **ALLEGARE SEMPRE UNA COPIA** della stessa, se la patente è sospesa allegare il provvedimento di sospensione, se è revocata allegare il provvedimento di revoca, se è ritirata perché scaduta allegare il verbale.

La scheda di prenotazione sarà inviata in risposta alla mail.

Per informazioni, contattare la Segreteria della C.M.L. il martedì ed il mercoledì dalle 9.00 alle 12.00 ai numeri 0733/2572069 – 0733/2573821.

Ai sensi della D.L.gs del 30-06/03 e s.m.i. n.196 e s.m.i. si informa che tutti i dati personali inerenti alla S.V. che sono stati acquisiti da questa struttura sanitaria, in relazione alla prestazione richiesta, saranno trattati in ossequio alla normativa vigente.

DATA _____

FIRMA _____