

COMMISSIONE MEDICA LOCALE PER LE PATENTI DI GUIDA – PROVINCIA DI VICENZA

Azienda ULSS 8 BERICA – Dipartimento di Prevenzione - Via 4 Novembre 46, Vicenza

Orario prenotazioni Vicenza : LUNEDI' – MARTEDI' - VENERDI' 08.00 / 10.00

Call Center Telefonico Vicenza 0444 - 752226 dal Lunedì al Venerdì 10.00 / 11.00

I residenti nei comuni dell' Azienda ULSS 7 Pedemontana potranno rivolgersi allo sportello di Thiene (ad eccezione delle richieste per revisioni per art 186) c/o Centro Sanitario Polifunzionale (ex Ospedale di Thiene) tel 0445/389525

Orario solo Autoscuole/Agenzie delegate dall'utenza: MERCOLEDI'-GIOVEDI' 10.30-12.00

RICHIESTA DI VISITA MEDICA PER PATENTE DI GUIDA

Marca da bollo
Euro 16.00

CONSEGUIMENTO **RINNOVO** **REVISIONE**

AM - A1 - A2 - A || B1 - B - BE || C1 - C1E - C - CE || D1 - D1E - D - DE || CAP

(barrare "S" se trattasi anche di categoria **SPECIALE**) : **S**

RINNOVO CERTIFICATO MEDICO **RINNOVO PATENTE E CERTIFICATO MEDICO** (patenti D/DE da 60 a 68; patenti CE da 65 a 68 per la guida di autotreni e autoarticolati di massa complessiva a pieno carico **superiore** a 20 tonnellate)

PATENTE N. _____ rilasciata da _____ il _____ scadenza _____
(se non in possesso di patente indicare altro documento di identità).

COGNOME/NOME _____ **nato a** _____ **il** _____

CODICE FISCALE _____ **RESIDENTE A** _____

Via _____ N. _____ Tel. _____ Cell. _____

Sono già stato nella COMMISSIONE PATENTI DI _____ **nell'anno** _____

Barrare SEMPRE il motivo della richiesta di visita

<input type="checkbox"/> Perdita o limitazioni o difficoltà nel movimento e nel coordinamento degli arti, della colonna vertebrale e del corpo (malattie neurologiche, ossee, muscolari, traumi);	<input type="checkbox"/> Importante riduzione della vista, del campo visivo, malattie progressive dell'occhio, (maculopatie, glaucoma, lesioni del nervo ottico, danni alla retina, ecc);
<input type="checkbox"/> riduzione dell'udito;	<input type="checkbox"/> diabete;
<input type="checkbox"/> epilessia, anche pregressa;	<input type="checkbox"/> malattie psichiche;
<input type="checkbox"/> trapianto d'organo;	<input type="checkbox"/> malattie renali/dialisi;
<input type="checkbox"/> malattie endocrine;	<input type="checkbox"/> malattie del cuore e della circolazione;
<input type="checkbox"/> sindrome delle apnee notturne;	<input type="checkbox"/> Persone che hanno compiuto i 65 anni per la patente C;
<input type="checkbox"/> uso sostanze psicoattive e/o stupefacenti;	<input type="checkbox"/> Persone che hanno compiuto i 60 anni per la patente D;
<input type="checkbox"/> guida in stato di ebbrezza/uso inadeguato di alcool;	<input type="checkbox"/> Altro(specificare)_____

Documenti da allegare alla richiesta di visita in Commissione Patenti (il modulo può essere spedito anche per posta ordinaria)

- marca da bollo
- foto tessera di tipo " immagine frontale" come definito dagli standard ICAO ;
- copia leggibile della patente, fronte e retro;
- copia leggibile della carta d'identità o passaporto in corso di validità, fronte e retro;
- copia codice fiscale;
- copia dell'eventuale provvedimento di sospensione /revisione/revoca della patente
- copia dell'eventuale denuncia di smarrimento o verbale in caso di ritiro patente perché scaduta ;
- copia del permesso provvisorio della Motorizzazione nel caso di patente in corso di duplicato;
- Se presentato ricorso avverso il provvedimento di sospensione/revisione anche copia del ricorso con data probabile udienza e/o istanza di applicazione dei lavori di pubblica utilità;

DELEGO il Sig./Agenzia _____ a presentare per mio conto, questa richiesta.

INDIRIZZO PER IL RECAPITO DELLA PATENTE SE DIVERSO DA QUELLO DI RESIDENZA:

Comune _____ **Via** _____

N. _____ **CAP** _____ **c/o SIG/AGENZIA** _____

Firma dell'interessato : _____ **Data** _____

**FOTO TESSERA
RECENTE E
CONFORME ALLE
REGOLE ICAO
Altezza 4 cm
Larghezza 3,30cm**

Il sottoscritto concede l'autorizzazione al trattamento dei dati personali e sanitari ed alla loro comunicazione agli enti competenti ai sensi del D. LGS. 196/2003 e successive modifiche.