



## U.O.C MEDICINA LEGALE, FISCALE E NECROSCOPICA

### PATENTI DI GUIDA

mail Enna: [medicinalegale.enna@asp.enna.it](mailto:medicinalegale.enna@asp.enna.it)  
mail Nicosia: [medicinalegale.nicosia@asp.enna.it](mailto:medicinalegale.nicosia@asp.enna.it)  
Pec: [medicinafiscale.enna@pec.asp.enna.it](mailto:medicinafiscale.enna@pec.asp.enna.it)

mail Piazza Armerina: [medicinalegale.piazza@asp.enna.it](mailto:medicinalegale.piazza@asp.enna.it)  
mail Agira: [medicinalegale.agira@asp.enna.it](mailto:medicinalegale.agira@asp.enna.it)

Il / La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
patente / doc. riconoscimento n° \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_  
Codice fiscale N. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

### CHIEDE

il rilascio di certificato medico legale per  
rilascio – rinnovo – riqualificazione - conversione – duplicato patente di guida categoria  
AM - A1 - A2 - A3 - B - C - D - E - BK - BE

statura di cm \_\_\_\_\_ peso Kg \_\_\_\_\_

A) Dichiaro di sottoporsi ad eventuali accertamenti che si riterranno necessari al fine  
del rilascio del certificato medico.

B) Dichiaro altresì : a- di essere riconosciuto/a invalido \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

b- di non avere alcuna invalidità.

Enna, li \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

### IL PUBBLICO SI RICEVE :

**Enna:** Mercoledì e Venerdì dalle ore 8,30 alle ore 11,00 tel.0935-520416-0935-520462

**Nicosia:** Lunedì e Giovedì dalle ore 9,00 alle ore 12,00 0935/671673- 0935/671630

**Piazza Armerina:** Mercoledì e Giovedì dalle ore 8,30 alle ore 11,30 0935/981901- 0935/981903

**Agira:** Mercoledì e Venerdì dalle ore 8,30 alle ore 12,00 0935/697031

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI  
(art.7 Reg. UE n. 679/2016 e D.Lgs. n. 101/2018)

Io sottoscritto:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_

In qualità di diretto interessato o esercente la potestà genitoriale/la tutela/la curatela/l'amministrazione di sostegno su:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	Esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali;
<input type="checkbox"/>	Non esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali

<input type="checkbox"/>	Esprimo il consenso alla comunicazione dei miei dati ad altri soggetti, secondo quanto indicato nella presente informativa
<input type="checkbox"/>	Non esprimo il consenso alla comunicazione dei miei dati ad altri soggetti, secondo quanto indicato nella presente informativa

<input type="checkbox"/>	Esprimo il consenso al trattamento delle categorie particolari dei miei dati personali
<input type="checkbox"/>	Non esprimo il consenso al trattamento delle categorie particolari dei miei dati personali

<input type="checkbox"/>	Esprimo il consenso al trattamento delle seguenti categorie particolari dei miei dati personali
<input type="checkbox"/>	Non esprimo il consenso al trattamento delle seguenti categorie particolari dei miei dati personali

- nel caso di esercenti la potestà:

il genitore presente dichiara che l'altro genitore esercente la potestà sul minore è informato e acconsente al trattamento dei dati personali.

- nel caso di impossibilità dell'interessato a prestare il consenso per incapacità, anche temporanea;

il soggetto che autorizza il trattamento dati (familiare, convivente, responsabile di struttura) si impegna, non appena l'interessato sia in grado di prestare autonomamente il consenso, a comunicargli di averlo prestato in sua vece e della possibilità di revocarlo.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

\* Possono sottoscrivere i soggetti di età maggiore di 14 anni ex D.Lgs. n. 101/2018.

**DICHIARAZIONE DA FIRMARE IN PRESENZA DEL MEDICO ESAMINATORE**

IL/LA sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

in via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

nell'ambito dell'accertamento medico legale dell'idoneità psicofisica al conseguimento confermato della patente di guida dei veicoli di cui alla categoria \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

In relazione agli stati patologici di seguito elencati che sussistono patologie di:

<b>Apparato cardio-circolatorio:</b> se si quali	si	no
<b>Apparato respiratorio:</b> se si quali	si	no
<b>Diabete Mellito:</b> se si specificare se insulino dipendente	si	no
<b>Patologie endocrine:</b> se si quali	si	no
<b>Patologie neurologiche:</b> se si quali	si	no
<b>Patologie psichiatriche</b> se si quali	si	no
<b>Uso di sostanze psicoattive:</b> se si quali	si	no
<b>Epilessia o ha manifestato crisi epilettiche:</b> se si specificare quando si è manifestata l'ultima	si	no
<b>Malattie del sangue:</b> se si quali	si	no
<b>Apparato urogenitale:</b> se si quali	si	no
<b>Altre patologie non comprese nel presente elenco:</b> specificare	si	no
<b>E' stato riconosciuto invalido</b> se si indicare il tipo di invalidità, INPS, INAIL etc...	si	no

DATA \_\_\_\_\_

Firma

In caso di dichiarazione mendace si provvederà a sottoporre a revisione la patente di guida con consegna revoca o sospensione della stessa ai sensi degli art. 128 e 130 del Codice della strada, così come modificati dagli art. 9,10 e 11 del D.P.R 19/04/1994 n° 575, salvo che non si configuri ipotesi di reato.

(\*) barrare il caso che interessa

## Documenti occorrenti per rilascio – rinnovo patente

### RILASCIO PATENTE

- CERTIFICATO ANAMNESTICO MEDICO DI FAMIGLIA.
- CARTA IDENTITA' VALIDA:
- FOTOGRAFIA FORMATO TESSERA;
- PER I PAGAMENTI DI DIRITTI E BOLLI VEDI NOTA SOTTO INDICATA (N.B.)
- DIRITTI SANITARI 22,00 € COD.AM116 PER PATENTI A-B.
- DIRITTI SANITARI 35,00 € COD. AM117 PER PATENTI C-D-E-BK-BE.  
I DIRITTI SANITARI DA PRENOTARE AL CUP E PAGARE AL CUP O LOTTOMATICA CON PAGOPAY O CBILL TRAMITE BANCA UTENTE O APP. CELLULARE.

### RINNOVO PATENTE

- CARTA IDENTITA' VALIDA – PATENTE DI GUIDA;
- FOTOGRAFIA FORMATO TESSERA;
- PER I PAGAMENTI DI DIRITTI E BOLLI VEDI NOTA SOTTO INDICATA (N.B.)
- DIRITTI SANITARI 22,00 € COD.AM116 PER PATENTI A-B.
- DIRITTI SANITARI 35,00 € COD. AM117 PER PATENTI C-D-E-BK-BE.  
I DIRITTI SANITARI DA PRENOTARE AL CUP E PAGARE AL CUP O LOTTOMATICA CON PAGOPAY O CBILL TRAMITE BANCA UTENTE O APP. CELLULARE.

**SOGGETTI AFFETTI DA DIABETE MELLITO CONTATTINO LA SEGRETERIA DEL SERVIZIO**

**LO STESSO VALE PER I SOGGETTI IN POSSESSO DI PATENTI SPECIALI.**

**(N.B.)**

**COLLEGARSI AL SITO [www.ilportaledellautomobilista.it](http://www.ilportaledellautomobilista.it) MEDIANTE SPID O C.I.E. E GENERARE I SEGUENTI CODICI:**

- S019 PER “IMPOSTA DI BOLLO € 16,00 (PERMESSO GUIDA- REVISIONE-RILASCIO PATENTE)
- S160 PER “RINNOVO PATENTE- DIRITTI € 10,20 E BOLLI € 16,00”