



U.O.C MEDICINA LEGALE, FISCALE E NECROSCOPICA

PATENTI DI GUIDA

mail Enna: medicinalegale.enna@asp.enna.it
mail Nicosia: medicinalegale.nicosia@asp.enna.it
Pec: medicinafiscale.enna@pec.asp.enna.it

mail Piazza Armerina: medicinalegale.piazza@asp.enna.it
mail Agira: 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:

Apparato cardio-circolatorio: se si quali	si	no
Apparato respiratorio: se si quali	si	no
Diabete Mellito: se si specificare se insulino dipendente	si	no
Patologie endocrine: se si quali	si	no
Patologie neurologiche: se si quali	si	no
Patologie psichiatriche se si quali	si	no
Uso di sostanze psicoattive: se si quali	si	no
Epilessia o ha manifestato crisi epilettiche: se si specificare quando si è manifestata l'ultima	si	no
Malattie del sangue: se si quali	si	no
Apparato urogenitale: se si quali	si	no
Altre patologie non comprese nel presente elenco: specificare	si	no
E' stato riconosciuto invalido 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 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”