

MODULO B

MODULO DI RICHIESTA PER VISITA DI IDONEITA' ALLA GUIDA PRESSO LA COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI DEL TERRITORIO DI RESIDENZA

Da presentare presso i punti CUP (escluso Farmacie e CUPTEL)

Il sottoscritto.....nato aprov.....il.....
residente a.....via.....n°.....cap.....
telefono.....patente di guida n.categoria.....
rilasciata da.....il.....con scadenza il.....
mail
Documento di identità tipon°.....
rilasciato dail.....

FA DOMANDA

di essere sottoposto a visita collegiale ai fini del rilascio del certificato medico di idoneità per

- 1) ☐ **CONFERMA (rinnovo)**
2) ☐ **CONFERMA CON RICLASSIFICAZIONE (declassamento volontario)**

PATENTE CAT. ☐A ☐AM ☐B ☐BE ☐C ☐CE ☐D ☐DE ☐AS ☐BS ☐CS

Barrare tipo di Commissione

☐	Commissione Tipo 1	- malattie cardiovascolari, diabete, malattie endocrine, malattie sistema nervoso, malattie psichiche, malattie del sangue, dialisi, trapianto d'organo, epilessia, sindrome apnee notturne, malattie degenerative progressive dell'occhio. - patente C-CE per età superiore a 65 anni. - patente D-DE per età superiore a 60 anni. - eventuale attestato annuale di idoneità professionale per le patenti di categoria C-CE-D-DE - Art. 187 C.d.S. (sostanze psicotrope e/o stupefacenti)
☐	Commissione Tipo 2	Commissione con Alcoologo – art. 186 C.d.S. (guida sotto influenza di alcool)
☐	Commissione Tipo 3	Commissione con Fisiatra e Ingegnere Per mutilazioni o minorazioni motorie – Patente per guida di veicoli con adattamenti
☐	Commissione Tipo 4	Ipoacusia non correggibile con protesi acustiche – Art. 326 C.d.S. “Patente cat. BS udito e CS udito”

Indicare l'indirizzo al quale ricevere la nuova patente se diverso da quello di residenza:

Presso (indicare il nominativo presente sul campanello).....
Via.....n°.....Comune.....Prov.....CAP.....

☐ Acconsento l'invio del certificato emesso dalla CML tramite posta elettronica non certificata

Luogo e Data

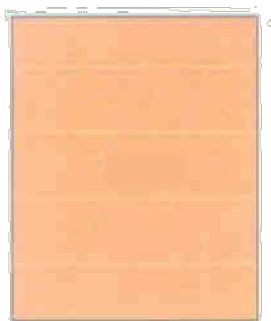
Firma

“Informativa sul trattamento dei dati ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE n. 679/2016

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Regolamento Europeo n. 679/2016 si informa che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, senza chiederle alcun consenso in quanto il loro utilizzo è previsto da norma di legge e di regolamento e comunque per motivi di interesse pubblico, nel rispetto della normativa europea in materia di protezione dei dati personali.

Titolare del trattamento è l'AUSL della Romagna con sede in Ravenna, Via De Gasperi n.8, nella persona del Direttore Generale
Responsabile interno del trattamento è il Direttore dell'U.O. Medicina Legale e Gestione del Rischio”.





**DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE
PRESSO GLI SPORTELLI CUP ALL'ATTO
DELLA PRENOTAZIONE**

- MODULO DELLA DOMANDA COMPILATO E FIRMATO;
- FOTOCOPIA LEGGIBILE FRONTE/RETRO DELLA TESSERA SANITARIA;
- FOTOCOPIA LEGGIBILE FRONTE/RETRO DELLA CARTA DI IDENTITA';
- FOTOCOPIA LEGGIBILE FRONTE/RETRO DELLA PATENTE DI GUIDA;
- **1) CONFERMA (rinnovo):** RICEVUTA DI PAGAMENTO DI € 10,20 E DI € 16,00 (CODICE **N004**) DA EFFETTUARSI TRAMITE PIATTAFORMA **PAGOPA** ACCEDENDO AL PORTALE DELL'AUTOMOBILISTA (WWW.ILPORTALEDELLAUTOMOBILISTA.IT);
OPPURE
- **2) CONFERMA CON RICLASSIFICAZIONE (declassamento volontario):** RICEVUTA DI PAGAMENTO DI € 10,20 E € 32,00 (CODICE **N003**) DA EFFETTUARSI TRAMITE PIATTAFORMA **PAGOPA** ACCEDENDO AL PORTALE DELL'AUTOMOBILISTA (WWW.ILPORTALEDELLAUTOMOBILISTA.IT);
- 1 FOTOGRAFIA FORMATO TESSERA RECENTE, RIPORTANTE SUL RETRO NOME E COGNOME LEGGIBILI.

FIRMA (FIRMARE TASSATIVAMENTE ENTRO IL RIQUADRO SOVRASTANTE)

Per Informazioni

Sede di **Ravenna** - UO Medicina Legale – via Missiroli, 10 - Ravenna 48121

Informazioni Telefoniche: Tel. +39.0544.285811 – fax +39.0544.285810 - cml.ra@auslromagna.it

Sede di **Forlì** - UO Medicina Legale – via Carlo Forlanini, 34 - Forlì 47121

Informazioni Telefoniche: Tel. +39.0543.731680 – fax +39.0543.738600 commissione.patenti.fo@auslromagna.it

Sede di **Cesena** - UO Medicina Legale – corso Cavour, 180 - Cesena 47521

Informazioni Telefoniche: Tel. +39.0547.352470 - cmlpatenti.ce@auslromagna.it

Sede di **Rimini** - UO Medicina Legale – via Coriano, 38 - Rimini 47924

Informazioni Telefoniche: Tel. +39.0541.707255 – fax +39.0541.707299

commissione.patenti.rm@auslromagna.it

RETRO MODULO B