

ALLA COMMISSIONE MEDICA LOCALE DI IMOLA  
PER LE PATENTI DI GUIDA  
(DPR 495/92 e s.m. – DPGR 18/09/2015 n. 170)  
Azienda Sanitaria Locale di IMOLA - MEDICINA LEGALE  
Viale Amendola, 8 Tel. 0542/604936

Il sottoscritto.....  
nato a..... il .....  
residente a .....via ..... Tel. ....  
Patente di guida n°.....rilasciata da.....  
il.....con scadenza il.....categoria.....

**OPPURE (in caso di PRIMO RILASCIO-SOSPENSIONE-REVOCA-RITIRO)**

Carta identità N° .....rilasciata da.....il.....

**FA DOMANDA**

per essere sottoposto a visita collegiale per il certificato sanitario di idoneità.  
Statura m. .... Peso Kg. .... Dichiaro (barrare tutte le caselle pertinenti) :

- A) -Mutilazioni o minorazioni fisiche della mobilità  - (vedi Nota 1)
- B) - deficit visivo  – deficit uditivo  – affezioni cardiovascolari  – diabete  - OSAS   
– malattie endocrine  – malattie sistema nervoso  – malattie psichiche  – uso di sostanze psicoattive   
– malattie del sangue  – malattie urogenitali  – epilessia  – rinnovo patenti D e C per età   
– sospensione o revisione escluso art. 186, art. 187

Firma

Imola, .....

**Nota 1: la visita verrà eseguita presso la CML dell'ASL di Bologna, con prenotazione presso i CUP di Imola**

**DOCUMENTAZIONE DA ESIBIRE IL GIORNO DELLA VISITA:**

- **Ricevuta di pagamento** della visita da effettuare:
- per le **patologie A** tramite bollettino di Conto Corrente Postale n. **821405** intestato a: Azienda USL di Bologna, Commissione Medica Locale, Servizio Tesoreria via Castiglione, 29 - 40124 Bologna, importo **€ 30,99** causale da specificare: Commissione Medica Locale di Bologna - Visita medica per patente di guida –
- per le **patologie B** tramite Casse CUP dell'ASL di Imola, riscuotitori automatici, pagonline, importo **€ 18,59**.
- **Codice Fiscale**
- **Fotocopia della patente** in ogni sua parte
- **Patente anche se scaduta o carta identità** in caso di ritiro/sospensione/revoca della patente o primo rilascio

**ULTERIORE DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE IN CASO DI VISITA PER :**

- **REVISIONE/SOSPENSIONE (allegare fotocopia del decreto); RICLASSIFICAZIONE, DUPLICATO :**
- 2 foto formato tessera recenti uguali
  - Marca da bollo da € 16,00
  - Modulo **PAT-DIC**
- **PRIMO CONSEGUIMENTO/CONSEGUIMENTO A SEGUITO DI REVOCA (allegare fotocopia del decreto) :**
- Marca da bollo da € 16,00
  - 2 foto formato tessera recenti uguali
  - **Certificato anamnestico** redatto dal medico di fiducia (art. 119 comma 3, del d.lgs n. 285/92 modificato dalla l.120/2010)
- **CONFERMA DELLA VALIDITA' (RINNOVO):**
- 1 foto formato tessera recente
  - ricevuta dei versamenti **da effettuare NON PRIMA di 3 mesi dalla data della visita**, utilizzando **esclusivamente** i bollettini precompilati della motorizzazione :  
**€ 10,20 sul c/c n. 9001 intestato a "DIPARTIMENTO TRASPORTI TERRESTRI DIRITTI L14-67."**  
**€ 16,00 sul c/c n. 4028 intestato a "DIPARTIMENTO TRASPORTI TERRESTRI - IMPOSTA DI BOLLO"**

**N.B.: presentare la documentazione sanitaria che si ritiene opportuna, fatta salva la possibilità della commissione di richiedere specifici accertamenti. Si precisa che tale documentazione non sarà restituita.**