

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) :

C) Altre affezioni (violazione art. 186  – violazione art. 187 )

Firma

Imola , .....

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

- **Ricevuta di pagamento** della visita di importo pari ad € 24,79 da effettuare presso le Casse CUP dell'ASL di Imola, i riscuotitori automatici, il pagonline,
- **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:**

- Marca da bollo da € 16,00
- 2 foto formato tessera recenti uguali
- Modulo **PAT-DIC**
- **Attestato CORSO INFOEDUCATIVO ALCOL per viol.art.186** (vedi allegato PAT3)

➤ **PRIMO CONSEGUIMENTO/CONSEGUIMENTO A SEGUITO DI REVOCA (allegare fotocopia del decreto) :**

- Marca da bollo da € 16,00
- 2 foto formato tessera recenti uguali
- **Certificato anamnestic**o 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 L 14-67."**  
**€ 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.**