



ALLA COMMISSIONE MEDICA LOCALE DI BOLOGNA
PER LE PATENTI DI GUIDA
SOTTOCOMMISSIONE DI IMOLA

(Legge 18.3.1988, n. 111 - D.M. Trasporti n. 286/1991)

Azienda Sanitaria Locale di IMOLA DIPARTIMENTO SANITA' PUBBLICA

PROGRAMMA INTERAZIENDALE DI MEDICINA LEGALE - Via Amendola, 8 Tel. 0542/604936

Il sottoscritto.....
nato a..... il
residente avia 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. dichiara (barrare tutte le caselle pertinenti) :

- A) Mutilazioni o minorazioni fisiche della mobilità [] - (nota 1)
B) deficit visivo [] - deficit uditivo [] - affezioni cardiovascolari [] - diabete []
- 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 []
C)-violazione art. 186 [] - violazione art. 187 []

Firma

Imola,

Nota 1: competente la CML sede di BOLOGNA e la prenotazione si effettua solo c/o CUP BOLOGNA

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA PRESENTE DOMANDA IL GIORNO DELLA VISITA :

- Ricevuta di versamento effettuato sul Conto Corrente Postale n. 821405 intestato a: Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna Commissione medica locale, servizio tesoreria via Castiglione , 29 40124 Bologna.
Causale da specificare : Commissione Medica Locale di Bologna - Visita medica per patente di guida -
- Importo del versamento: € 30,99 per le affezioni di cui al punto Acompetente CUP di BO
€ 18,59 per le affezioni di cui al punto B
€ 24,79 perviolazione art. 186 e violazione art. 187 di cui al punto C

Se coesistono più caselle barrate, l'importo del versamento corrisponde solo a quello più alto (tra B e C)

- Marca da bollo da € 14,62
- Codice Fiscale
- Fotocopia della patente in ogni sua parte
- Modulo dichiarazione da firmare in presenza del medico esaminatore (PAT-DIC)
- Per visita di conferma della validità della patente (rinnovo) allegare il seguente versamento in c/c postale :
€ 9,00 sul c/c n. 9001 intestato a "DIPARTIMENTO TRASPORTI TERRESTRI DIRITTI L14-67."
- In caso di revisione/sospensione/revoca della patente allegare la fotocopia del provvedimento ricevuto.
- In caso di primo rilascio della patente allegare foto recente formato tessera
Presentarsi alla visita con patente anche se scaduta (è ammesso altro documento d'identità solo in caso di ritiro/sospensione/revoca della patente o primo rilascio)

N.B. : PRESENTARE LA DOCUMENTAZIONE SANITARIA CHE SI RITIENE OPPORTUNA, FATTA SALVA LA POSSIBILITA' DELLA COMMISSIONE DI RICHIEDERE SPECIFICI ACCERTAMENTI.