

**AUTODICHIARAZIONE**  
(art.119, D.lgs/1992 "Nuovo Codice della Strada)

Il/La Sottoscritto/a.....  
 Nato/a a.....Prov.(.....)  
 Il...../...../.....residente in.....Prov.(.....)  
 Via/piazza.....tel.....  
 n. patente.....rilasciata da.....scadenza.....

**CHIEDE**

Di essere sottoposto agli accertamenti sanitari e medico legale per la certificazione dell'idoneità psicofisica per :

- RILASCIO**      **PATENTE CATEGORIA**
- RINNOVO**      **PATENTE CATEGORIA** .....**DATA SCADENZA**.....
- REVISIONE**    **PATENTE SU RICHIESTA DELLA MOTORIZZAZIONE CIVILE**

**A TAL FINE**

Consapevole che in caso di dichiarazioni non corrispondenti al vero si applicheranno le sanzioni penali richiamate all'art.76 del DPR 445/2000,

a conoscenza, ai sensi dell'art. 13 d.lgs n. 195/2003, che i dati personali riportati nella presente dichiarazione saranno trattati esclusivamente ai fini del procedimento nel cui ambito la dichiarazione viene resa,

**DICHIARA CHE**

Barrare la voce che corrispondente al motivo della richiesta			TIPOLOGIA PRESTAZIONE QUOTA DA PAGARE
<input type="checkbox"/>	<b>M</b>	Affetti da patologie che possono interferire sull'idoneità alla guida come minorazioni anatomiche degli arti e/o importanti deficit neurologici	I 30.99
<input type="checkbox"/>	<b>C</b>	sussistono Patologie dell'apparato cardio-circolatorio	B 18.59
<input type="checkbox"/>	<b>D</b>	sussiste Diabete	B 18.59
<input type="checkbox"/>	<b>D1</b>	sussiste Diabete (pat. Cat. C/D )	D 24.79
<input type="checkbox"/>	<b>E</b>	sussistono altre patologie endocrine	B 18.59
<input type="checkbox"/>	<b>P</b>	sussistono turbe e/o Patologie psichiche	B 18.59
<input type="checkbox"/>	<b>CE</b>	soffre di epilessia o ha manifestato crisi epilettiche	B 18.59
<input type="checkbox"/>	<b>S</b>	sussistono malattie del sangue	B 18.59
<input type="checkbox"/>	<b>U</b>	sussistono malattie dell'apparato Uro-genitale	B 18.59
<input type="checkbox"/>	<b>PCDE</b>	patenti categoria superiore (ultra sessantenni-sessantacinquenni)	B 18.59
<input type="checkbox"/>	<b>I</b>	incidente stradale	B 18.59
<input type="checkbox"/>	<b>AL</b>	abuso di Alcool	A 24.79
<input type="checkbox"/>	<b>ST</b>	abuso di Sostanze	B 18.59
<input type="checkbox"/>	<b>ALTRO</b>	specificare	B 18.59

**Data**

**FIRMA**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI SPECIALI

### RILASCIO/RINNOVO/REVISIONE CERTIFICAZIONE DI IDONEITA' ALLA GUIDA

PER GLI UTENTI:

#### DOCUMENTI NECESSARI:

##### CONSEGUIMENTO (RILASCIO):

- Una foto formato tessera
- Certificato anamnestico rilasciato dal medico di famiglia
- **Carta di identità in corso di validità**
- Autodichiarazione correttamente compilata
- Una marca da bollo di euro 16.00
- Originali di referti di esami e/o risultanze di visite specialistiche effettuati e con data **non anteriore a 3 mesi (30 giorni per certificato sull'epilessia)** dal momento della visita
- Ricevuta e **attestazione di prenotazione e versamento** in favore della ASL presso gli sportelli CUP

##### RINNOVO:

- Una foto formato tessera
- **Patenti di guida in Originale**
- Certificato anamnestico rilasciato dal medico di famiglia
- Fotocopia della patente di guida
- Autodichiarazione correttamente compilata
- Originali di referti di esami e/o risultanze di visite specialistiche effettuati e con data **non anteriore a 3 mesi (30 giorni per certificato sull'epilessia)** dal momento della visita
- **Attestazione di versamento** sul c/c postale N° 4028 intestato al Dipartimento Trasporti Terrestri - Diritti di 16,00 Euro
- **Attestazione di versamento** sul c/c postale N° 9001 intestato al Dipartimento Trasporti Terrestri - Diritti L. 14/67 di **9,00 Euro**
- Ricevuta e **attestazione di prenotazione e versamento** in favore della ASL presso gli sportelli CUP

##### REVISIONE:

- **Patente di guida in originale**
- Certificato anamnestico rilasciato dal medico di famiglia
- Fotocopia della patente di guida
- Autodichiarazione correttamente compilata
- Una marca da bollo di euro 16.00
- Originali di referti di esami e/o risultanze di visite specialistiche effettuati e con data **non anteriore a 3 mesi (30 giorni per certificato sull'epilessia)** dal momento della visita
- Copia del verbale di sospensione o altro se la revisione viene disposta a seguito dell'intervento delle Forze di Polizia
- Ricevuta e **attestazione di prenotazione e versamento** in favore della ASL presso gli sportelli CUP

La documentazione sanitaria dovrà essere presentata in originale e non verrà restituita

#### LE PRENOTAZIONI

##### muniti di autodichiarazione e fotocopia documento riconoscimento e codice fiscale

Se la domanda è presentata da persona diversa dall'interessato l'impiegato addetto alla ricezione della domanda procederà all'identificazione del delegato a mezzo di un valido documento di identità personale dello stesso. Occorrerà produrre altresì una delega sottoscritta dall'intestatario della pratica con firma semplice accompagnata da un valido documento in fotocopia del delegante.

**SI EFFETTUANO PRESSO I PUNTI CUP - AZIENDA Roma G-  
(con esclusione delle Farmacie)**

La segreteria è aperta nei giorni Lunedì – Mercoledì dalle 9.00 alle 12.00 presso il Distretto Sanitario di Colleferro Via degli esplosivi n.9- nei giorni lunedì e Venerdì dalle ore 9.00 alle 12.00 presso il Distretto Di Tivoli – Piazza Massimo 1 -

**NB: COLORO CHE DEVONO SOTTOPORSI A VISITA MEDICA AI SENSI DEGLI ARTT. 186/187 CDS DEVONO PRESENTARSI IN COMMISSIONE MUNITI DI DECRETO DI SOSPENSIONE DEL PREFETTO**