



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
Sede legale: Via G. Cusmano, 24
90141 PALERMO

C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

Dipartimento Cure Primarie

UOC MEDICINA LEGALE E FISCALE

Alla UOC Medicina Legale e Fiscale
ASP Palermo
servmedleg@asppalermo.org

OGGETTO: **RICHIESTA DI VISITA PRESSO COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI DI GUIDA**

Ai sensi dell'art. 330 del DPR 495/92 e dell'art. 119, comma 4, del C.d.S e s.m.i.

(SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (prov.) _____ il ____/____/____
domicilio/residenza a _____ (prov.) _____
codice fiscale _____
in via _____ n. _____
Documento di riconoscimento _____ n. _____
rilasciato da _____ in data _____
recapito telefonico n _____
mail/pec _____

➤ Numero Patente _____ rilasciata da _____

In data ____/____/____; data scadenza patente: ____/____/____

Conducente di veicolo a motore della seguente categoria (barrare con una X)

Gruppo 1							Gruppo 2							
AM	A	A1	A2	B1	B	BE	C	CE	C1	C1E	D	DE	D1	D1E

☐ patente NORMALE

☐ patente SPECIALE (AS, BS, CS, DS)

CHIEDE

di essere sottoposto ad accertamento Medico Legale presso la Commissione Medica Locale ASP Palermo per il seguente motivo:

☐ CONSEGUIMENTO (primo rilascio)	☐ RINNOVO (per scadenza)	☐ REVISIONE
☐ CONFERMA DI VALIDITÀ (per verifica dei requisiti psico-fisici prima della scadenza)	☐ DUPLICATO/CONVERSIONE	☐ PERMESSO DI GUIDA PROVVISORIO

Consapevole della responsabilità penale che si assume in caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi (art. 76 DPR n. 445/2000), dichiara inoltre a tale scopo:

Di aver avuto in passato una segnalazione per art. 186 CdS alcool	☐ SI	☐ NO
Di aver avuto in passato una segnalazione per art. 187 CdS sostanze stupefacenti	☐ SI	☐ NO
Di essere già stato visitato presso la CML dell'ASP Palermo (se valutato presso altra CML allegare l'ultimo certificato, se in possesso)	☐ SI	☐ NO

Di impegnarsi a produrre in originale la documentazione sanitaria, le visite specialistiche e la documentazione amministrativa, il giorno della visita medica presso la CML, come indicato nell'informativa.

☐ acconsente al trattamento dei dati personali, ai sensi del D. Lgs n. 196/2003 e Regolamento GDPR 2016/679 di cui all'informativa al seguente link:
https://www.asppalermo.org/Archivio/regolamenti/Privacy/2022/ASP-PA_Informativa%20Generale%20ASP%20PALERMO.pdf

ALLEGA

- copia del documento di identità dell'interessato e, in caso di delega, ANCHE copia del documento di identità del soggetto delegato;

- copia del versamento su c.c. postale n° 12190971 di 18.59 € intestato a Azienda Sanitaria Provinciale di PA Commissione Medica Locale Patenti di Guida BNL Sede Via Roma - PA Cod. Ente 3360

Luogo _____ data ____/____/____

Firma dell'interessato/delegato

DELEGA

da compilare soltanto in caso di delega alla presentazione dell'istanza (per le agenzie/autoscuole inserire il timbro e la firma dell'incaricato)

dati anagrafici del soggetto da delegare

sig.ra/sig. _____

nata/o a _____ il ____/____/____

residente a _____

in via _____ n. _____

Documento di riconoscimento _____ n. _____

rilasciato da _____ in data _____

Firma dell'interessato/a
