

(Modulo A)

 <p>Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Valle Olona Medicina Legale e Certificativa</p>	<h1>PATENTE VEICOLI</h1>	<p>DISTRETTO di Busto Arsizio - Castellanza Piazza Plebiscito 1, Scala B 21052 BUSTO ARSIZIO certificazioni.busto@asst-valleolona.it</p>
---	------------------------------	--

Il sottoscritto/a					
nato a		prov.	()	il	
residente in		prov.	()		
via / piazza		n.		c.a.p.	
codice fiscale					
tel n.		eventuale e-mail			

Fornire un indirizzo di recapito (SOLO SE DIVERSO DALLA RESIDENZA) al quale si chiede di ricevere la nuova patente trasmessa per posta assicurata :		
Via	Città:	CAP:
Patente di Guida Numero:		Categoria:
Rilasciata il		Scadenza


Il sottoscritto, informato in relazione agli stati patologici di seguito elencati, che in caso di dichiarazione mendace si provvederà, salvo che non si configuri altra ipotesi di reato, a sottoporre, ai sensi degli art 128, 129 e 130 del Codice della Strada così come modificati dagli articoli 9, 10 e 11 del D.P.R. 19 aprile 1994 n° 575, a revisione la patente di guida con conseguente revoca o sospensione della stessa

DICHIARA

sussistono patologie dell' apparato cardio-circolatorio se SI quali _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
sussiste diabete se SI specificare se insulino-dipendente <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
sussistono altre patologie endocrine se SI quali _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
sussistono turbe e/o patologie psichiche se SI quali _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
fa uso di sostanze psicoattive se SI quali _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
sussistono patologie del sistema nervoso se SI quali _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
soffre di epilessia o ha manifestato crisi epilettiche se SI specificare quando si è manifestata l'ultima _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
sussistono malattie del sangue se SI quali _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
sussistono malattie dell' apparato uro-genitale se SI quali _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
sussistono patologie visive se SI quali _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
sussistono patologie uditive se SI quali _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
soffre di disturbi del sonno da apnee ostruttive notturne (OSAS)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
si è invalido civile o del lavoro o di guerra o per servizio: se si specificare per quali malattie ed in quale misura (% Tabella) _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
si è richiesto ed ottenuto contrassegno di parcheggio	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Il sottoscritto dichiara, altresì, di aver ricevuto le informazioni di cui all'art 13 del D.Lgs 196/2003 e Reg. UE n. 679/2016. In particolare, consapevole che l'accertamento medico legale obbligatorio al fine di accertare l'assenza di condizioni ostative al rilascio dell'idoneità per il conseguimento o per la conferma di validità della patente di guida e che i dati riportati nel presente verbale saranno custoditi agli atti del medico responsabile del procedimento e titolare del trattamento, acconsento al trattamento dei miei dati con le modalità e per le finalità illustratemi

Data _____	Firma del'interessato 	
------------	---	--

PER PRENOTARE VISITA MEDICA PER PATENTI (rinnovi, conseguimenti o conversioni NO CML):

1. Per ricevere l'appuntamento inviare modulo A, patente e carta di identità via email all'Ufficio Patenti all'indirizzo certificazioni.busto@asst-valleolona.it (per i conseguimenti e le conversioni è necessario inviare anche l'anamnestico compilato dal proprio medico curante)
2. Il giorno della visita portare:
 - a. **Modulo A** in originale compilato e firmato
 - b. una **FOTOTESSERA** (recente e senza occhiali)
 - c. attestazione ricevuta del pagamento per il corrispettivo dei diritti a favore del dipartimento dei trasporti terrestri: effettuabile dal 14/02/2022 con SPID o Carta di Identità Elettronica tramite piattaforma Pago-PA sul sito del "Portale dell'Automobilista" selezionando la tariffa corrispondente alla prestazione richiesta. Il pagamento è effettuabile anche tramite un'agenzia di pratiche automobilistiche.
 - Tariffa **RINNOVO PATENTE**: codice N004 ("Rinnovo patente") – importo 10,20€ + 16€
 - Tariffa **REVISIONE/DUPLICATO/CONSEGUIMENTO**: codice N019 ("Imposta di bollo") – importo 16€
 - d. Fotocopia di patente di guida in possesso, documento di identità in corso di validità e tessera sanitaria.
 - e. In caso di conseguimenti o conversioni di patente portare l'originale dell'anamnestico del medico curante
3. Il pagamento della visita potrà essere effettuato in ufficio con carta di credito o bancomat il giorno della visita oppure in anticipo tramite Pago-Pa che verrà anticipato via email unitamente all'appuntamento.

PER TUTTE LE INFORMAZIONI O COMUNICARE EVENTUALI IMPOSSIBILITÀ A PRESENTARSI ALLA VISITA SCRIVERE ALL'INDIRIZZO certificazioni.busto@asst-valleolona.it