

ISTANZA VISITA MEDICA AMBULATORIALE_ PATENTE NAUTICA

Il sottoscritto/a

(nome) _____ (cognome) _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____ stato di nascita _____

nazionalità _____ codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____ CAP _____ via _____ n. _____

telefono (fisso o mobile) _____ e-mail (facoltativa) _____

CHIEDE

IL CERTIFICATO DI IDONEITA' PSICO-FISICA AL

RILASCIO

RINNOVO

della **PATENTE NAUTICA**

CATEGORIA: A B D1 D2

data _____

firma (per esteso) _____

Informazioni ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679 e del D. Lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii.

Dichiara in ultimo di aver ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del Reg. UE 2016/679 e di essere informato/a che il conferimento dei dati personali è obbligatorio in base alla legge, regolamento, normativa nazionale o comunitaria che disciplina la prestazione e gli adempimenti connessi ed è indispensabile per l'istruzione, la gestione e la definizione della pratica o del procedimento da lei richiesto. Potrà reperire ulteriori informazioni sul trattamento dei dati sul sito istituzionale dell'ASL CN1.

data _____

firma (per esteso) _____

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO:

L'istanza è necessaria per la prenotazione della visita presso la S.C. Medicina Legale.

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO:

Il/la diretto/a interessato/a.

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALL'ISTANZA:

CARTA di IDENTITÀ o documento equipollente
FOTOGRAFIA, formato tessera
TESSERA SANITARIA
MARCA DA BOLLO da Euro 16,00

PAGAMENTO DIRITTI SANITARI: il VERSAMENTO dovrà essere fatto il giorno della visita medica, **esclusivamente** con **carta di credito e/o bancomat** presso il servizio di Medicina Legale, della somma di € 40,00.

N.B.: Qualora fosse stata effettuata una visita presso una Commissione Medica Locale Provinciale, è necessario darne comunicazione a questo servizio prima di provvedere al pagamento della visita, in quanto in tali casi il pagamento non potrà essere rimborsato.

GRADAZIONE LENTI in caso di uso di occhiali o lenti a contatto.

CERTIFICAZIONE del costruttore in caso di utilizzo di PROTESI ACUSTICHE.

RELAZIONE CLINICA, se affetti da DIABETE MELLITO, di un medico specialista in diabetologia o con specializzazione equipollente, operante presso strutture pubbliche o private accreditate e convenzionate.

MODALITÀ DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL:

*La richiesta dovrà essere compilata e successivamente presentata allo sportello per la visita, **previa prenotazione telefonica dalle ore 8,00 alle ore 17,00 dal lunedì al venerdì al seguente n. 0171 - 078680:***

Sedi di S.C. Medicina Legale territorialmente competenti:

- Sede Centrale di **CUNEO** – C.so Francia 10
- Sede periferica di **SAVIGLIANO** – Via Torino 137
- Sede periferica di **MONDOVI'** – Ospedale di Mondovì Via San Rocchetto, 99 - piano terra

MODALITÀ DI RISPOSTA E TERMINI DI RISPOSTA:

A visita effettuata il certificato è consegnato direttamente alla persona richiedente