

Incollare
fototessera
RECENTE NON
PIU' DI 6 MESI
(su sfondo
bianco)
dimensioni:
larghezza: 3,3 cm.
altezza: 4 cm.

ISTANZA VISITA MEDICA – CML

Alla Commissione Medica Locale di Cuneo
presso A.S.L. CN1 - S.C. Medicina Legale
Corso Francia 10 – 12100 CUNEO

___I___ sottoscritt___ _____

nato/a _____ il _____

residente nel Comune di _____ C.A.P. _____

Via/P.zza/Corso _____ n. _____

Tel. _____ Cell. _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

In possesso di patente di guida/nautica di categoria _____ n. _____

rilasciata da MCTC/Prefettura/Capitaneria di Porto di _____

il _____, con scadenza il _____

CHIEDE

di essere sottoposto a visita medica per:

CONSEGUIMENTO RINNOVO/CONFERMA REVISIONE

della patente di guida/nautica di categoria _____

dell'attestato patente CE per ultrasessantacinquenni, scadenza il _____

dell'attestato patente D-D/E per ultrasessantenni, scadenza il _____

Indicare, di seguito, l'articolo del Codice della Strada di riferimento:

Art. 186

Art. 187

Note e/o osservazioni _____

e di ricevere le comunicazioni inerenti alla presente istanza ai seguenti contatti:

Posta elettronica ordinaria _____ @ _____

Posta elettronica certificata (PEC) _____ @ _____

Luogo e data

--

Firmare all'interno del riquadro

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 Commissione Medica Locale. Contestualmente può essere richiesto di ricevere la comunicazione relativa alla convocazione a visita all'indirizzo di posta elettronica ordinaria o certificata (PEC).

Il modulo, compilato nella "parte da compilare a cura dell'ASL" deve essere presentato alla Motorizzazione Civile, oppure alla CML, oppure presso le Agenzie di Pratiche Auto, Scuole Guida o ACI ai fini del rilascio del permesso provvisorio di guida, se previsto.

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

- mutilati e minorati fisici;
- coloro che siano in possesso di patente categoria C, CE che abbiano superato i sessantacinque anni di età;
- coloro che siano in possesso di patente categoria D, DE che abbiano superato i sessanta anni di età;
- coloro per i quali è fatta richiesta dal Prefetto o dall'ufficio competente del Dipartimento per i trasporti terrestri;
- coloro nei confronti dei quali l'esito degli accertamenti clinici, strumentali e di laboratorio faccia sorgere al medico dubbi circa l'idoneità e la sicurezza della guida e soggetti affetti da diabete per il conseguimento, la revisione o la conferma delle patenti C, D, CE, DE e sottocategorie (LEGGERE ATTENTAMENTE IL DOCUMENTO "INDICAZIONI CIRCA GLI ESAMI E/O DOCUMENTI SANITARI NECESSARI PER LA FORMULAZIONE DEL GIUDIZIO IN CML" presente nella home-page della Medicina Legale, punto "Patenti di Guida").

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALL'ISTANZA

- COPIA della PATENTE di GUIDA o, qualora non in possesso, copia di altro documento di identità in corso di validità.
- N. 1 FOTOGRAFIA, formato tessera, su sfondo chiaro (altezza 40 mm ± 5 mm, larghezza 33 ± 5 mm) come da indicazioni della Circolare del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti n. 23176/8.3 del 20 ottobre 2016, da incollare nell'apposito riquadro.
- In caso di revisione della patente, copia del provvedimento ricevuto.

MODALITÀ DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL

Il modulo, debitamente compilato e firmato dall'interessato, potrà essere:

- inviato da casella di posta elettronica ordinaria o da PEC al seguente indirizzo e-mail della Commissione: commissionepatenti@aslcn1.legalmailpa.it - tel. 0171 – 078.680 recapito telefonico dal lunedì al venerdì dalle 8,00 alle 17,00
- spedito per posta oppure presentato allo sportello dal lunedì al venerdì dalle ore 8,00 alle ore 17,00 della Sede Centrale di **CUNEO** – C.so Francia 10
- oppure presentato allo sportello il lunedì, il mercoledì e il giovedì dalle ore 9,00 alle ore 12,00 Sede periferica di **SAVIGLIANO** – Via Torino 137
Sede periferica di **MONDOVI'** – Via Torino 2

MODALITÀ E TERMINI DI RISPOSTA

Entro 90 giorni dall'acquisizione della documentazione sanitaria necessaria, l'interessato sarà convocato a visita.

A visita effettuata il certificato è consegnato direttamente alla persona richiedente.

PARTE DA COMPILARE A CURA DELL'UFFICIO ASL

L'Ufficio ricevente attesta che la presentazione dell'istanza di visita medica presso la CML di Cuneo da parte del/la

Sig./ra _____, è avvenuta in data _____ e che

l'accertamento sanitario sarà espletato presumibilmente entro il _____.

Data _____ L'impiegato addetto _____

