

UOC Medicina Legale Patenti Speciali

Modulo di Prenotazione per la Commissione Medica Locale Roma 2 / Roma 3

L sottoscritt _____

nat a _____ Nazione _____ il ___/___/___

Residente in _____ Via/Piazza _____

CAP _____ Codice Fiscale _____

chiede di essere sottoposto a visita medica.

Tipo Patente:

Patenti Normali

AM | A | AB | B

Patenti Normali di categoria "Superiore"

AK | BK | BE | C | CE | D | DE |

Patenti "Speciali"

AS | ASBS | BS

Tipologia della prenotazione

Conseguimento | Conseguimento per revoca | Declassamento o Riclassificazione | Duplicato patente (solo per Deterioramento) | Revisione patente | Rinnovo o "conferma validità"

Patologie o Motivo

<input type="checkbox"/>	Psichiatriche (Neurologiche)	<input type="checkbox"/>	Cardiopatie (Ipertensione)
<input type="checkbox"/>	Diabetiche	<input type="checkbox"/>	Oncologiche
<input type="checkbox"/>	Endocrine	<input type="checkbox"/>	Ematologiche
<input type="checkbox"/>	Oculari e Visive Art. 326 C.d.S.	<input type="checkbox"/>	Dismetaboliche
<input type="checkbox"/>	Urologiche	<input type="checkbox"/>	Otorino (Uditive) Art. 326 C.d.S.
<input type="checkbox"/>	del Linguaggio	<input type="checkbox"/>	Ultra Ottantenni con patologie
<input type="checkbox"/>	Motorie	<input type="checkbox"/>	Deterioramento
<input type="checkbox"/>	Provvedimento del Prefetto	<input type="checkbox"/>	Provvedimento MCTC
<input type="checkbox"/>	Epilessia	<input type="checkbox"/>	OS AS (disturbi apnee notturne)
<input type="checkbox"/>	Altro (specificare)		

N.B.: Se la patente è stata Ritirata/Revisionata, riempire il modello verificando la motivazione riportata sul provvedimento in suo possesso. La prenotazione può essere effettuata, anche da persone diverse dall'interessato. Il pagamento della prestazione, deve essere effettuato all'atto della prenotazione. Allegare fotocopia del documento e del codice fiscale dell'interessato.

Data

___/___/___

Il Richiedente

Firma (entro il riquadro)