

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 *Patenti Normali di categoria "Superiore"* *Patenti "Speciali"*
AM | A | AB | B | AK | BK | BE | C | CE | D | DE | 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. 322 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 della MCTC
<input type="checkbox"/> Epilessia	<input type="checkbox"/> OSAS (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.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, ANCHE SENSIBILI

Il sottoscritto, consapevole che il trattamento potrà riguardare sia i dati personali che sensibili (ex art. 4. c.1, lett. B) e d) del Decreto Legislativo n. 196/2003 presta il proprio consenso al fine dello svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa di cui sopra.

Data ___/___/___

Firma _____

Data

___/___/___

Il Richiedente

Firma (entro il riquadro)