



INFORMATIVA PER LA COMPILAZIONE DELLA DOMANDA RINNOVO PATENTE IN COMMISSIONE MEDICA

Chi deve usare questo modulo :

- persone affette da patologie che richiedono una visita della Commissione Medica Locale Patenti
- persone con il ritiro o la sospensione della patente
- persone a cui la Motorizzazione civile ha disposto la revisione della patente

Ricordate :

- Leggere attentamente queste istruzioni , scrivere in stampatello , riempire la richiesta in tutte le sue parti , barrare con crocetta le caselle interessate
- Descrivere la patologia, le sue cause e i medicinali assunti
- Descrivere i motivi per cui vi hanno ritirato la patente (art.186 o 187 del Codice della Strada)

Che cosa allegare al modulo:

- fotocopia della patente, della carta di identità e codice fiscale
- fotocopia del decreto (**della Prefettura o della Motorizzazione Civile**) con indicazione del periodo di sospensione e la motivazione
- fotocopia del verbale di invalidità civile per chi lo possiede

Come effettuare la richiesta di rinnovo :

- Email a: **commissionepatenti@aulss3.veneto.it**
- **Appuntamento telefonico:**
Un operatore risponderà al numero **041 8724930**
dalle 8.30 alle 10.30, Lunedì, Martedì, Giovedì e Venerdì
- **A mezzo telefax , al numero 041 260 8148**
- Per posta , al seguente indirizzo :
ULSS 3 SERENISSIMA COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI
PIAZZALE SAN LORENZO GIUSTINIANI , 11/D
30174 MESTRE (VE)

N.B. LE DOMANDE NON POSSONO ESSERE PRESENTATE PRIMA DI QUATTRO MESI DALLA DATA DI SCADENZA DELLA PATENTE STESSA (D.M.T. 9/8/2013)

Indirizzo

P.le San Lorenzo Giustiniani 11/D
30174 Mestre (VE)

Telefono

041 8724930

Telefax

041 260 81 48

Mezzi di trasporto

autobus :
2,3,13 Piscina CONI
H2 Terraglio

E – mail : commissionepatenti@aulss3.veneto.it

MINISTERO DELLA SALUTE
COMMISSIONE MEDICA LOCALE DI VENEZIA
Presso DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE A.U.L.S.S.3 SERENISSIMA
Servizio Medicina Legale Commissione Medico Locale Patenti
P.le S.L.Giustiniani 11/D-30174 MESTRE (VE)
Tel.041/8724930 - Fax 041/2608148

Marca da bollo
euro 16,00

IL SOTTOSCRITTO _____
NATO A _____ IL _____ RESIDENTE A _____
VIA/PIAZZA _____ N° _____
TELEFONO _____ FAX _____ CEL _____
ALTEZZA _____ PESO _____ C.F. _____
MAIL: _____

chiede di essere sottoposto a visita medica per il

CONFERMA DI VALIDITA'

della patente di guida.

SPECIALE

PATENTE CAT. _____ N. _____

NORMALE

RILASCIATA DALLA PREFETTURA O MOTORIZZAZIONE DI _____

IN DATA _____ CON SCADENZA _____

MOTIVO DELLA VISITA:

65 ANNI per cat " C "

1- RAGGIUNTI LIMITI DI ETA'

60 ANNI per cat " D "

2- MINORAZIONI A CARICO DI : VISTA UDITO INVALIDITA' INIDONEITA'

3- MINORAZIONI O DEFICIENZA FUNZIONALE A CARICO DEGLI ARTI O DELLA COLONNA
VERTEBRALE (indicare il tipo):

Vanno indicate tutte le patologie - anche lievi - (osteo-articolari,
neurologiche, vascolari, ecc.) che compromettono l'uso degli arti superiori o
inferiori.

4- PRESENZA DELLA/LE SEGUENTE/I MALATTIA/E:

5- PRESENZA DI SANZIONI O RILIEVI AI SENSI DELL'ART. ART.186 ART.187

DATA

In fede

Segnare con una x il caso che ricorre

N.B. Le richieste INCOMPLETE di dati generali e dei punti dal n° 1 al n° 5 non compilate in modo preciso e dettagliato non
VENGONO ACCETTATE

ALLEGARE inoltre copia documento di riconoscimento valido e nei casi interessati il decreto della Motorizzazione civile e/o
Prefettura.

INFORMATIVA E CONSENSO

ai sensi del CODICE PRIVACY (D.Lgs 196/2003) e successive modifiche

Gentile signore, desideriamo informarla che la legge citata prevede la tutela dei dati personali che la riguardano, nel pieno rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali e della sua dignità, oltre che delle norme sul segreto professionale.

L'Azienda sanitaria ULSS 3 Serenissima è titolare dei dati che la riguardano.

Lei ha diritto in ogni momento di ottenere la conferma dell'esistenza dei dati che la riguardano e la loro comunicazione in maniera intelligibile; ha inoltre diritto di conoscere le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza.

Lei ha inoltre diritto di opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati che la riguardano.

Il trattamento dei dati che la riguardano da parte della Commissione Medico Locale Patenti dell'Azienda ULSS 3 Serenissima è consentito soltanto per lo svolgimento delle funzioni istituzionali o quando è prevista da una norma di legge o di regolamento (normativa per l'accertamento dei requisiti fisici e psichici necessari al possesso del documento di circolazione).

I dati personali oggetto di trattamento sono custoditi e controllati in modo da ridurre al minimo, mediante l'adozione di idonee e preventive misure di sicurezza, i rischi di distruzione o perdita, anche accidentale, dei dati stessi, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito o non conforme alla finalità della raccolta.

Il sottoscritto, quindi, acquisite le informazioni necessarie,

ACCONSENTE

al trattamento dei propri dati personali idonei a rivelare lo stato di salute.

Luogo _____ Data _____

Cognome e nome _____ Firma _____

La dichiarazione di chi non sa o non può firmare deve essere raccolta dal pubblico ufficiale previo accertamento dell'identità del dichiarante e con indicazione della causa dell'impedimento a sottoscrivere.

Estremi di un documento del dichiarante: _____

Causa dell'impedimento a sottoscrivere: _____

TIMBRO

FIRMA DELL'ADDETTO