



**REGIONE SICILIANA**  
**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE**  
**COMMISSIONE MEDICA LOCALE**  
**Via Malta,71 Caltanissetta**

Riservato alla Segreteria

Prot.n. \_\_\_\_\_

**RICHIESTA DI VISITA MEDICA PER PATENTE DI GUIDA**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Recapito se diverso dalla residenza: Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Patente n. \_\_\_\_\_ rilasciata da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ scad. \_\_\_\_\_

Documento di identità \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Indicare eventuale Commissione Medica Locale di provenienza \_\_\_\_\_ Anno \_\_\_\_\_

**Chiede**

Conseguimento  Conferma  Revisione

AM

A

B

BE

C

CE

D

DE

CATEGORIA

S

SPECIALE

<20t.

>20t.

Per le patenti cat. CE indicare la guida di mezzi:

Per le seguenti patologie (indicare con una X):

<input type="checkbox"/>	Minorazioni arti superiori e/o inferiori	<input type="checkbox"/>	Malattie scheletriche
<input type="checkbox"/>	Deficit visivo	<input type="checkbox"/>	Malattie urogenitali
<input type="checkbox"/>	Deficit uditivo	<input type="checkbox"/>	Epilessia
<input type="checkbox"/>	Malattie del cuore	<input type="checkbox"/>	Diabete
<input type="checkbox"/>	Malattie del sangue	<input type="checkbox"/>	Abuso di alcool
<input type="checkbox"/>	Malattie endocrine	<input type="checkbox"/>	Uso di sostanze stupefacenti
<input type="checkbox"/>	Malattie psichiatriche	<input type="checkbox"/>	Sindrome delle apnee notturne
<input type="checkbox"/>	Malattie neurologiche	<input type="checkbox"/>	Altre patologie

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi dell'articolo 13 e 14 del Regolamento (UE) n. 679/2016 ("GDPR") e la trasmissione, per le finalità connesse, agli organi competenti.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_