

COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI DI GORIZIA

Via Vittorio Veneto n. 169 – Gorizia – Palazzina A

E-MAIL: cmlgorizia@asugi.sanita.fvg.it

TEL: 0481/592815 martedì e giovedì orario 9.00 – 11.00

DOMANDA DA COMPILARE IN OGNI PARTE, ALLEGANDO:

PER RINNOVO	<ul style="list-style-type: none"> • FOTOCOPIA LEGGIBILE fronte/retro della patente. • FOTOCOPIA LEGGIBILE fronte/retro documento di identità in corso di validità. • Ricevuta PAGAMENTO PAGOPA-codice N004, di euro 10,20+16,00 intestato al Ministero delle Infrastrutture e della Mobilità Sostenibili. • FOTOTESSERA da incollare sul retro (caratteristiche fotografie indicate in calce).
PER CONSEGUIMENTO E REVISIONE	<ul style="list-style-type: none"> • FOTOCOPIA LEGGIBILE fronte/retro della patente (se in possesso). • FOTOCOPIA LEGGIBILE fronte/retro documento di identità in corso di validità. • Ricevuta PAGAMENTO PAGOPA-codice N019 (imposta di bollo), di euro 16,00 intestato al Ministero delle Infrastrutture e della Mobilità Sostenibili. • Per revisione, fotocopia provvedimento della Prefettura o della Motorizzazione. □ FOTOTESSERA da incollare sul retro (caratteristiche fotografie indicate in calce).
PER RICLASSIFICAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> • FOTOCOPIA LEGGIBILE fronte/retro della patente. • FOTOCOPIA LEGGIBILE fronte/retro documento di identità in corso di validità. • Ricevuta PAGAMENTO PAGOPA-codice N003 (duplicato/riclassificazione), di euro 10,20+32,00 intestato al Ministero delle Infrastrutture e della Mobilità Sostenibili. • FOTOTESSERA da incollare sul retro (caratteristiche fotografie indicate in calce).

PER ULTERIORI INFORMAZIONI RIGUARDANTI IL PAGAMENTO Pagopa CONSULTARE IL SITO DEL MINISTERO DELLE INFRASTRUTTURE E DELLA MOBILITÀ SOSTENIBILI: www.ilportaledellautomobilista.it

ATTENZIONE

CARATTERISTICHE GENERALI DELLE FOTOGRAFIE (circolare prot. 23176/8.3 del 20/10/2016)

La dimensione della foto deve essere 40/45 mm di altezza x 32/35 di larghezza.

La foto deve essere recente (non più di sei mesi).

Lo sfondo deve essere uniforme, di preferenza grigio chiaro crema o celeste oppure bianco (contrasto tra lo sfondo e l'abbigliamento).

La foto deve essere del tipo "immagine frontale", sguardo rivolto verso l'obiettivo e deve mostrare interamente la testa e la sommità delle spalle. La testa deve essere centrata verticalmente. L'espressione deve essere neutra ed il soggetto deve avere la bocca chiusa e gli occhi ben visibili e aperti. Non ci devono essere ombre sul viso e sullo sfondo.

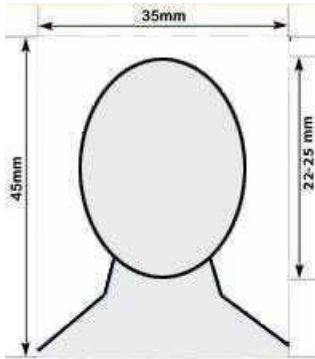
La foto deve essere a fuoco e chiaramente distinguibile, stampata su carta di qualità ad alta risoluzione, non deve essere danneggiata o avere scritte. Non sono ammessi occhiali o lenti colorate.

Nb I SOGGETTI RICONOSCIUTI INVALIDI CIVILI SONO PREGATI DI ALLEGARE IL RELATIVO VERBALE

COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI
MODULO PER LA PRENOTAZIONE DELLA VISITA DA INVIARE VIA E- MAIL

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO:		
DATA FISSATA PER LA VISITA	N. CARTELLA IN ARCHIVIO	N. PROTOCOLLO / N. ID

SPAZIO DA COMPILARE A CURA DELL'UTENTE:



ALL'INTERNO DEL RIQUADRO:

**Incollare
fototessera**

_____ nell'apposito spazio.

_____ Firma

FIRMARE

Il/la
sottoscritto/a:

_____ COGNOME E NOME

_____ LUOGO E DATA DI NASCITA

_____ NUMERO DI TELEFONO

_____ INDIRIZZO E-MAIL

CHIEDE LA VISITA MEDICA PER:

RINNOVO

CONSEGUIMENTO

REVISIONE

RICLASSIFICAZIONE

CATEGORIA	AM	A	B	C	D	E	AS	BS
-----------	----	---	---	---	---	---	----	----

Barrare le motivazioni (campo obbligatorio):

PATOLOGIE		
<input type="checkbox"/> Patologie apparato visivo	<input type="checkbox"/> Malattie psichiche e uso di psicofarmaci	
<input type="checkbox"/> Diabete	<input type="checkbox"/> Dialisi o trapianto renale	
<input type="checkbox"/> Malattie neurologiche <input type="checkbox"/> Epilessia	<input type="checkbox"/> Disturbi del sonno e/o apnee notturne (OSAS)	
<input type="checkbox"/> Deficit dell'udito	<input type="checkbox"/> Patologie endocrine	
<input type="checkbox"/> Malattie reumatiche e/o deficit funzionale degli arti	<input type="checkbox"/> Malattie del fegato	
<input type="checkbox"/> Patologie ematiche	<input type="checkbox"/> Patologie oncologiche	
<input type="checkbox"/> Patologie pneumologiche	<input type="checkbox"/> Altro	
Malattie cardiovascolari <input type="checkbox"/> Pacemaker <input type="checkbox"/> Defibrillatore		
ALTRE MOTIVAZIONI		
<input type="checkbox"/> Revisione Motorizzazione Civile (barrare patologie)	<input type="checkbox"/> Violazione art. 186 cds (stato di ebbrezza)	<input type="checkbox"/> Violazione art. 187 cds (stupefacenti)

