

# Commissione Medica Locale Patenti

## Cos'è

Commissione per la valutazione dell'idoneità alla guida di particolari tipologie di utenti: affetti da specifiche patologie, da disabilità motorie, da deficit visivi o uditivi; con età superiore a 60 anni (patenti D, D/E) e 65 anni (patenti C, C/E); affetti da diabete mellito con patente C,D,CE,DE; patenti oggetto di revisioni disposte dall'Autorità

## Dove

Viale Vittorio Veneto, 31 2° piano a destra stanza 11 - Catania

Per prenotare la visita o altro il pubblico si riceve il **Lunedì e Mercoledì** dalle ore 08,30 alle ore 12,30

E' possibile telefonare in segreteria dalle ore 12,30 alle ore 13,30 da Lunedì a Venerdì al seguente numero telefonico **095 2545006**

## Da presentare al momento della prenotazione della visita

Si Consiglia di eseguire la prenotazione della visita tre mesi prima della scadenza della patente

**Per il rinnovo:** fotocopia patente, carta d'identità e codice fiscale - due versamenti ai punti a) o b), c), d), e), f)

- a) Versamento da € 24,79 (per tutte le patologie o limiti di età)
  - b) O Versamento da € 30,99 (**solo per i diabetici**)
  - c) Versamento di € 10,20 su C/C postale n° 9001 intestato al Dipartimento Trasporti Terrestri-Diritti L.14-67
  - d) Imposta di bollo di € 16,00 da pagare esclusivamente presso banca UNICREDIT
  - e) numero 1 fotografia (35 x 42 mm) recente
  - f) Dichiarazione di responsabilità (Allegato I)
- } su C/C postale n° 20077954 – A.S.P CATANIA SERVIZIO TESORERIA DIRITTI COMMISSIONE MEDICA PROV.LE – Via S. Maria La Grande n° 5 – CATANIA

**Per il conseguimento, duplicato o revisione:** Fotocopia della carta d'identità, (fotocopia della notifica) - versamenti come indicato al punto a) o b), d), g), h), f) o i)

- a) Versamento da € 24,79 (per tutte le patologie o limiti di età)
  - b) O Versamento da € 30,99 (**solo per i diabetici**)
  - g) Marca da bollo di € 16,00 (solo nel **conseguimento o revisione**)
  - h) numero 3 fotografia (35 x 42 mm) recenti
  - f) Dichiarazione di responsabilità (Allegato I)
  - i) Certificato anamnestico del medico attestante i precedenti morbosì del candidato, rilasciato dal Medico di fiducia (Medico di Medicina Generale), sulla base del fac-simile allegato (**solo in caso di conseguimento**)
- } su C/C postale n° 20077954 – A.S.P CATANIA SERVIZIO TESORERIA DIRITTI COMMISSIONE MEDICA PROV.LE – Via S. Maria La Grande n° 5 – CATANIA

**N.B.: i soggetti con sospensione della patente dovranno consegnare all'atto della prenotazione fotocopia del provvedimenti di sospensione**

Per il conseguimento, il rinnovo o la revisione della patente categ. C, D, E sono necessari i tempi di reazione semplici e

## GUIDA AGLI UTENTI PER L'ESPLETAMENTO DELLA VISITA MEDICA CON LA CML

**N.B. Se si è affetti da una delle seguenti patologie, all'atto della visita, si dovrà esibire e produrre CERTIFICATO ANAMNESTICO rilasciato dal medico di assistenza primaria (Medico di Famiglia) e, secondo la propria patologia, copia della seguente certificazione, rilasciata da struttura pubblica:**

<b>PATOLOGIE</b>	<b>ACCERTAMENTO DA PRODURRE e consegnare in copia</b>
<b>Afezioni cardiovascolari</b> (pregresso Infarto Miocardico Acuto, By-pass, Pace-maker, Ipertensione arteriosa, ecc.)	Controllo specialistico  (visita cardiologia ed ECG non anteriori a mesi tre )
<b>Diabete Mellito</b>	Visita diabetologica che attesti il compenso metabolico e l'assenza di complicanze ai sensi del D.M. Trasporti 30/11/2010; Hb-glicosilata
<b>Deficit visivo</b>	Certificato oculistico con indicazione del visus naturale, corretto, del grado di rifrazione e del senso cromatico
<b>Epilessia</b>	Certificato dello specialista neurologo che attesti la durata dell'assenza di crisi rilasciato ai sensi del D.M. Trasporti 30/11/2010
<b>Sordità corretta da protesi</b>	Certificato della ditta fornitrice attestante il corretto funzionamento delle protesi in uso
<b>Patologie neurologiche</b>	Certificato dello specialista neurologo
<b>Patologie osteoarticolari</b>	Certificato dello specialista ortopedico o fisiatra

**se si è invalidi civili, del lavoro o di guerra occorrerà all'atto della visita produrre copia del certificato di invalidità;**

**se si è stati riformati al servizio di leva occorrerà all'atto della visita produrre copia della riforma recante l'art. di legge che ha originato la stessa.**

**se si è ultrasessantacinquenni titolari di patente BK- CE occorrerà all'atto della visita produrre copia di una recente visita Neurologica e Cardiologica;**



Commissione Medica Locale  
C/o Servizio di Medicina legale  
V.le V.Veneto, 31 2° piano Tel.095 2545006  
CATANIA

D O M A N D A

**Al Sig PRESIDENTE della Commissione Medica Locale  
Per l'accertamento della idoneità alla guida**

C A T A N I A

( DA COMPILARE A STAMPATELLO )

\_\_\_\_ I \_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

n a t \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

**E-MAIL:** \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

titolare della patente di guida tipo (1) \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

rilasciata dalla Prefettura o dalla M.C.T.C. di \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_ con scadenza \_\_\_\_\_

nazionalità \_\_\_\_\_ altezza m. \_\_\_\_\_ peso Kg. \_\_\_\_\_

chiede si essere sottoposto/a a visita medica per:

- conferma di validità  
 revisione  
 conseguimento

Catania \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del richiedente

(1) Specificare se A, B, C, D, E, K.

*Riservato all'Ufficio*

**Commissione Medico Locale Patenti di Guida  
CATANIA**

Del \_\_\_\_\_

**CONVOCATO IL** \_\_\_\_\_

**DOCUMENTI RICHIESTI**

- 1)  Versamento da € 24,79 (per tutte le patologie o limiti di età)
  - 2)  O Versamento da € 30,99 (**solo per i diabetici**)
  - 3)  Versamento di € 10,20 su C/C postale n° 9001 intestato al Dipartimento Trasporti Terrestri-Diritti L.14-67
  - 4)  Imposta di bollo di € 16,00 da pagare esclusivamente presso banca UNICREDIT
  - 5)  Marca da bollo di € 16,00 (solo nel **conseguimento** o **revisione**)
  - 6)  numero \_\_\_\_\_ fotografia (35 x 42 mm) recente
- } su C/C postale n° 20077954 – A.S.P CATANIA SERVIZIO  
TESORERIA DIRITTI COMMISSIONE MEDICA PROV.LE – Via S.  
Maria La Grande n° 5 – CATANIA

**Per il rinnovo:** fotocopia patente, carta d'identità e codice fiscale - due versamenti ai punti 1 o 2 e 3

**Per il conseguimento, duplicato o revisione:** Fotocopia della carta d'identità, (fotocopia della notifica) e 3 fotografie (35 x 42 mm) - un solo versamento come indicato al punto 1 o 2

Per il conseguimento, il rinnovo o la revisione della patente categ. C, D, E sono necessari i tempi di reazione semplici e complissi che possono eseguirsi presso gli ambulatori di medicina legale dell'ASP

Dichiarazione di responsabilità

**N.B.:** Per prenotare la visita o altro il pubblico si riceve il **Lunedì e Mercoledì** dalle ore 08,30 alle ore 12,30.

**RELAZIONE DI VISITA MEDICA**

(Da conservare agli atti)

**Conferma della patente di guida categoria** \_\_\_\_\_

**VISITA MEDICA** iniziata in data \_\_\_\_\_ relativo alla persona di:

(Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_  
 nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_  
 documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_  
 rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

il quale informato, in relazione agli stati patologici di seguito elencati, che in caso di dichiarazione mendace si provvederà, salvo che non si configuri altra ipotesi di reato, a sottoporre, ai sensi degli articoli 128, 129 e 130 del Codice della Strada così come modificati dagli articoli 9, 10 e 11 del D.P.R. 19 aprile 1994 n° 575, a revisione la patente di guida con conseguente revoca o sospensione della stessa.

(2)

**DICHIARA**

- sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio Si  No   
 (se SI quali \_\_\_\_\_ )
- sussiste diabete Si  No   
 (se SI specificare se insulino-dipendente \_\_\_\_\_ )
- sussistono altre patologie endocrine Si  No   
 (se SI quali \_\_\_\_\_ )
- sussistono turbe e/o patologie psichiche Si  No   
 (se SI quali \_\_\_\_\_ )
- fa uso di sostanze psicoattive Si  No   
 (se SI quali \_\_\_\_\_ )
- sussistono patologie del sistema nervoso Si  No   
 (se SI quali \_\_\_\_\_ )
- soffre di epilessia o ha manifestato crisi epilettiche Si  No   
 (se SI specificare quando si è manifestata l'ultima \_\_\_\_\_ )
- soffre di Sindrome delle apnee nel sonno? Si  No
- utilizza ventilatore notturno polmonare (CPAP, autoCPAP, Bilevel)? Si  No
- ha russamento rumoroso e abituale (tutte le notti) persistente (da almeno 6 mesi) e sonnolenza diurna? Si  No
- sussistono malattie del sangue Si  No   
 (se SI quali \_\_\_\_\_ )
- sussistono malattie dell'apparato uro-genitale Si  No   
 (se SI quali \_\_\_\_\_ )
- sussistono patologie visive Si  No   
 (se SI quali \_\_\_\_\_ )
- sussistono patologie uditive Si  No   
 (se SI quali \_\_\_\_\_ )
- è invalido civile o del lavoro o di guerra o per servizio Si  No   
 (se SI specificare per quali malattie ed in quale misura (% / Tab.) \_\_\_\_\_ )

Data \_\_\_\_\_

**Firma dell'interessato**

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiaro di aver ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del D.Lgs 196/2003 con specifico riguardo ai diritti a me riconosciuti dalla legge ex art. 7 del D.Lgs 196/2003. In particolare, consapevole che l'accertamento medico legale è obbligatorio al fine di accertare l'assenza di condizioni ostative al rilascio dell'idoneità per il conseguimento o per la conferma di validità della patente di guida e che i dati riportati nel presente verbale saranno custoditi agli atti del medico responsabile del procedimento e titolare del trattamento, acconsento al trattamento dei miei dati con le modalità e per le finalità illustrate.

Data \_\_\_\_\_ Firma dell'interessato

Vista la sotto elencata documentazione, prodotta ed acquisita agli atti

(2)