

RINNOVO PATENTE DI GUIDA A-B

DOCUMENTI RINNOVO della patente di guida A-B è necessario esibire:

- Documento di identità in corso di validità, tessera sanitaria, copia della patente di guida;
- Autocertificazione (in allegato alla presente o disponibile presso la Struttura SSD di Rischio Clinico) o Certificato anamnestico rilasciato dal medico di famiglia/fiducia;
- Pagamento con PAGOPA di € 16,00 sul C.C.P. n. 4028 con lo SPEED, intestato al Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti con registrazione sul Portale dell'Automobilista, inserendo il CODICE N004
- Pagamento con PAGOPA di € 10.20 sul c/c n. 9001 con lo SPEED intestato al Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti con registrazione sul Portale dell'Automobilista, inserendo il CODICE N004.
- Una fotografia formato tessera delle dimensioni di mm 35x42; da firmare (non in stampatello) nella parte retrostante su un unico rigo
- ricevuta del versamento di € 22,40 effettuato presso gli sportelli CUP al Padiglione Vinci (come da allegato)

NOTA BENE: per il primo rilascio della patente di guida A-B il medico della ASL potrà disporre, se necessario, **ULTERIORI ACCERTAMENTI CLINICI.**



ASL Taranto

PugliaSalute

S.S.D RISCHIO CLINICO

Responsabile: Dr. Giuseppe Carbotti

Via Bruno 1 – 74123 Taranto

Tel. 099.4585/542/578/896

e-mail: rischioclinico@asl.taranto.it

rischioclinico.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it

**ISTANZA PER IL PER IL RILASCIO DI CERTIFICATO MEDICO-LEGALE
CONSEGUIMENTO PATENTE DI GUIDA A/B**

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____
e residente a _____ in via _____
documento di identità _____
rilasciata da _____ il _____
Codice fiscale _____
Telefono _____ email _____

CHIEDE

Di essere sottoposto/a visita medico-legale per il rilascio del certificato per:

RINNOVO PATENTE DI GUIDA A-B

e dunque esegue versamento di EURO 22,40 presso sportello CUP del Padiglione Vinci Ospedale Santissima Annunziata.

Taranto

Il Richiedente



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO ANAMNESTICO (AUTOCERTIFICAZIONE)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ Via _____
tel./cell. _____ email _____
nell'ambito dell'accertamento medico legale dell'idoneità psicofisica al

rilascio/conseguimento conferma/rinnovo revisione

della patente di guida dei veicoli di cui alla categoria

patente normale: CIG / A / B / C / D / E / CAP

patente speciale: CIG / AS / BS / CS

DICHIARA

in relazione agli stati patologici (e/o condizioni) di seguito elencate, che:

Sussistono patologie dell'apparato cardiocircolatorio (pressione alta anche se normalizzata dal trattamento, infarto, angina, intervento cardiocirurgico, aneurisma, aritmie, ICD, ecc.)? Se SI, indicare quali:	SI	NO
Sussiste diabete (mellito)? Se SI, indicare se: <input type="checkbox"/> Insulino-dipendente <input type="checkbox"/> NON insulino-dipendente (trattato con dieta o ipoglicemizzanti orali)	SI	NO
Sussistono altre patologie endocrine (as es. della tiroide, dei surreni, dell'ipofisi, ecc.)? Se SI, indicare quali	SI	NO
Soffre (ha mai sofferto) di malattie neurologiche (ad es. Morbo di Parkinson, Ictus, sclerosi multipla, ecc.)? Se SI, indicare quali:	SI	NO
Soffre (ha mai sofferto) di turbe psichiche (ad. es. ansia, depressione, allucinazioni, ecc.)? Se SI, indicare quali e in quale periodo ne ha sofferto:	SI	NO
E' attualmente (è stato) in cura con tranquillanti, antidepressivi, barbiturici, sonniferi o altri farmaci psicotropi? Se SI, indicare quali, il periodo di riferimento ed i dosaggi:	SI	NO
Ha avuto problemi relativi ad abuso di alcolici (ad es. guida in stato di ebbrezza, ricoveri ospedalieri, ecc.)? Se SI, indicare di quale tipo e quando:	SI	NO
Ha fatto uso di canapa indiana, ecstasy, eroina, cocaina, anfetamine, LSD o altre droghe? Se SI, specificare quando:	SI	NO
Ha subito incidenti stradali, infortuni sul lavoro? Se SI specificare quando:	SI	NO
Soffre di epilessia o ha in passato manifestato crisi epilettiche (o convulsioni)? Se SI, la data dell'ultima crisi e indicare la terapia seguita:	SI	NO
E' titolare di porto - detenzione d'armi?	SI	NO
Sussistono malattie dell'apparato uro-genitale (ad es. Insufficienza Renale Cronica, dialisi, ecc.)? Se SI, specificare quali:	SI	NO
Soffre di infermità degli arti o dell'apparato osteoarticolare? Se SI, specificare quali:	SI	NO

Pagina 1 di 2