

**AUTODICHIARAZIONE**

**(art.119, D.lgs/1992 “Nuovo Codice della Strada)**

**Aggiornato al 11/03/2025**

**Il/La Sottoscritto/a………….…………………………………………………………………………………………………………….**

**Nato/a a…………………………………………………………………………………………………………………..Prov.(…………)**

**Il……………./……/…………residente in………… ……………………………………………………………….Prov.(…………)**

**Via/piazza………………………………………………………………………………………..tel………………………………………..**

**n. patente………………………………………………………………rilasciata da………………….scadenza………………….**

**CHIEDE**

**Di essere sottoposto agli accertamenti sanitari e medico legale per la certificazione dell’idoneità psicofisica per :**

* **RILASCIO PATENTE CATEGORIA**
* **RINNOVO PATENTE CATEGORIA ………………………………DATA SCADENZA………………..**
* **REVISIONE PATENTE SU RICHIESTA DELLA MOTORIZZAZIONE CIVILE**

**A TAL FINE**

**Consapevole che in caso di dichiarazioni non corrispondenti al vero si applicheranno le sanzioni penali richiamate all’art.76 del DPR 445/2000,**

**a conoscenza, ai sensi dell’art. 13 d.lgs n. 195/2003, che i dati personali riportati nella presente dichiarazione saranno trattati esclusivamente ai fini del procedimento nel cui ambito la dichiarazione viene resa,**

**DICHIARA CHE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Barrare la voce che corrispondente al motivo della richiesta** | TIPOLOGIA PRESTAZIONE QUOTA DA PAGARE |
| □ | **M** | affetti da patologie che possono interferire sull’idoneità alla guida come minorazioni anatomiche degli arti e/o importanti deficit neurologici | I 30.99 |
| □ | **S** | problemi uditivi | IS 24.79 |
| □ | **C** | sussistono patologie dell’apparato cardio-circolatorio | B 18.59 |
| □ | **D** | sussiste diabete | B 18.59 |
| □ | **E** | sussistono altre patologie endocrine | B 18.59 |
| □ | **P** | sussistono turbe e/o patologie psichiche | B 18.59 |
| □ | **CE** | soffre di epilessia o ha manifestato crisi epilettiche | B 18.59 |
| □ | **S** | sussistono malattie del sangue | B 18.59 |
| □ | **U** | sussistono malattie dell’apparato uro-genitale | B 18.59 |
| □ | **PCDE** | patenti categoria superiore (ultra sessantenni-sessantacinquenni)\* vedi in fondo la pagina 2) | B 18.59 |
| □ | **APN** | apnee notturne | B 18.59 |
| □ | **AL** | abuso di alcool (art.186 CDS)\* Vedi nota allegata alla prenotazione  | A 24.79 |
| □ | **ST** | abuso di sostanze (art.187 CDS)\* Vedi nota allegata alla prenotazione | S 18.59 |
| □ | **ALTRO** | specificare | B 18.59 |

**Data FIRMA**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI SPECIALI

# CERTIFICAZIONE DI IDONEITA’ ALLA GUIDAPER GLI UTENTI :****DOCUMENTI NECESSARI:****

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONSEGUIMENTO (RILASCIO):** | **RINNOVO:** | **REVISIONE:** |
| * Una foto formato tessera recente
* Certificato anamnestico rilasciato dal medico di famiglia
* **Carta di identità in corso di validità ( in caso di mancanza di documento la visita non sarà effettuata)**
* **Copia tessera sanitaria**
* Copia documento di riconoscimento
* Autodichiarazione correttamente compilata
* Originali di referti di esami e/o risultanze di visite specialistiche effettuati e con data **non anteriore a 3 mesi (30 giorni per certificato sull’epilessia)** dal momento della visita

Sono esonerati dalla suddetta certificazione coloro i quali devono effettuare la visita ai sensi degli artt.186/187 cds. | * Una foto formato tessera recente
* **Patenti di guida in**

**originale o in mancanza , altro documento valido di riconoscimento ( in caso di mancanza di documento la visita non sarà effettuata)** * Certificato anamnestico rilasciato dal medico di famiglia
* Copia documento di riconoscimento
* Fotocopia della patente di guida
* Autodichiarazione correttamente compilata
* Originali di referti di esami e/o risultanze di visite specialistiche effettuati e con data **non anteriore a 3 mesi (30 giorni per certificato sull’epilessia)** dal momento della visita

Sono esonerati dalla suddetta certificazione coloro i quali devono effettuare la visita ai sensi degli artt.186/187 cds. | * Una foto formato tessera recente
* **Patenti di guida in**

**Originale o in mancanza , altro documento valido di riconoscimento ( in caso di mancanza di documento la visita non sarà effettuata)** * Certificato anamnestico rilasciato dal medico di famiglia
* Copia documento di riconoscimento
* Fotocopia della patente di guida
* Autodichiarazione correttamente compilata
* Originali di referti di esami e/o risultanze di visite specialistiche effettuati e con data **non anteriore a 3 mesi (30 giorni per certificato sull’epilessia)** dal momento della visita.

Sono esonerati dalla suddetta certificazione coloro i quali devono effettuare la visita ai sensi degli artt.186/187 cds. |
| * Attestazione di pagamento avvenuta tramite il sistema pagopa direttamente tramite il [Portale dell'automobilista](https://www.ilportaledellautomobilista.it/web/portale-automobilista/loginspid) (con carta di credito, di debito, etc.) oppure, dopo aver stampato l'avviso di pagamento dal Portale dell'automobilista, tramite i [canali elettronici o fisici indicati sul sito PagoPA](https://www.pagopa.gov.it/it/cittadini/dove-pagare): sistemi online (home banking, app, etc.), banca, ufficio postale, esercenti convenzionati, etc. codice tariffa **N019**
 | * Attestazione di pagamento avvenuta tramite il sistema pagopa direttamente tramite il [Portale dell'automobilista](https://www.ilportaledellautomobilista.it/web/portale-automobilista/loginspid) (con carta di credito, di debito, etc.) oppure, dopo aver stampato l'avviso di pagamento dal Portale dell'automobilista, tramite i [canali elettronici o fisici indicati sul sito PagoPA](https://www.pagopa.gov.it/it/cittadini/dove-pagare): sistemi online (home banking, app, etc.), banca, ufficio postale, esercenti convenzionati, etc. codice tariffa **N004**
* Per coloro i quali intendono riclassificare la patente, debbono produrre ricevuta di pagamento con le modalità di cui sopra con il codice tariffa N003
 | * Attestazione di pagamento avvenuta tramite il sistema pagopa direttamente tramite il [Portale dell'automobilista](https://www.ilportaledellautomobilista.it/web/portale-automobilista/loginspid) (con carta di credito, di debito, etc.) oppure, dopo aver stampato l'avviso di pagamento dal Portale dell'automobilista, tramite i [canali elettronici o fisici indicati sul sito PagoPA](https://www.pagopa.gov.it/it/cittadini/dove-pagare): sistemi online (home banking, app, etc.), banca, ufficio postale, esercenti convenzionati, etc. codice tariffa **N019**
 |
| Attestazione pagamento ASL presso gli sportelli dei cup dell’ Azienda ASL Roma 5 | Attestazione pagamento ASL presso gli sportelli dei cup dell’ Azienda ASL Roma 5 | Attestazione pagamento ASL presso gli sportelli dei cup dell’ Azienda ASL Roma 5 |
| **N.B. Coloro i quali si presentino alla data dell’appuntamento sprovvisti della documentazione di cui sopra, non potranno essere sottoposti a visita e dovranno effettuare una nuova prenotazione.** |

##### **LE PRENOTAZIONI muniti di autodichiarazione e fotocopia documento riconoscimento e codice fiscale**

**Se la domanda è presentata da persona diversa dall'interessato l'impiegato addetto alla ricezione della domanda procederà all'identificazione del delegato a mezzo di un valido documento di identità personale dello stesso. Occorrerà produrre altresì una delega sottoscritta dall'intestatario della pratica con firma semplice accompagnata da un valido documento in fotocopia del delegante.SI EFFETTUANO PRESSO I PUNTI CUP - AZIENDA Roma 5-(con esclusione delle Farmacie)**

|  |
| --- |
| **Lo sportello informazioni è aperto nei giorni Lunedì – Mercoledì dalle 9.00 alle 13.00 presso il Distretto Sanitario di Colleferro Via degli esplosivi n.9, è altresì possibile inviare una mail all’indirizzo cmlinformazioni@aslroma5.it NB: COLORO CHE DEVONO SOTTOPORSI A VISITA MEDICA AI SENSI DEGLI ARTT. 186/187 CDS DEVONO PRESENTARSI IN COMMISSIONE MUNITI DI DECRETO DI SOSPENSIONE DEL PREFETTO E COPIA** |
| **NB: COLORO CHE DEVONO SOTTOPORSI A VISITA MEDICA PER PATENTE CATEGORIA SUPERIORE E PER IL RILASCIO ATTESTATO CAT.C e D DEVONO PRESENTARSI IN COMMISSIONE MUNITI DI CERTIFICATO RELATIVO AI TEMPI DI REAZIONE** |