

AUTODICHIARAZIONE
(art.119, D.lgs/1992 “Nuovo Codice della Strada”)
Aggiornato al 06/10/2026

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

si prega di leggere attentamente l'elenco della documentazione da presentare in sede di appuntamento, al fine di garantire il corretto e tempestivo svolgimento della pratica.

Data

FIRMA

COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI SPECIALI
CERTIFICAZIONE DI IDONEITA' ALLA GUIDA PER 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. - copia del verbale di invalidità civile (se sei già in possesso del riconoscimento)	- 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. - copia del verbale di invalidità civile (se sei già in possesso del riconoscimento)	- 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. - copia del verbale di invalidità civile (se sei già in possesso del riconoscimento)
Attestazione di pagamento avvenuta tramite il sistema pagopa direttamente tramite il Portale dell'automobilista (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: 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 (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: 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 (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: 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
COLORO I QUALI SONO TITOLARI DI INVALIDITA' CIVILI SONO PREGATI DI PRODURRE COPIA DA ALLEGARE ALLA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA		
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) E' possibile inviare una mail all'indirizzo cm1informazioni@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

