

**COMMISSIONE MEDICA LOCALE ASL ROMA I - RICHIESTA DI VISITA MEDICA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ tel. cellulare \_\_\_\_\_

indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

**Chiede di essere sottoposto a visita medica per**
 **RINNOVO**     **RILASCIO**     **REVISIONE**     **DECLASSAMENTO**     **DUPLICATO**
**DELLA PATENTE DI GUIDA**     speciale     normale    di categoria \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ rilasciata da \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_ con scadenza \_\_\_\_\_

 **RINNOVO**     **RILASCIO**     **REVISIONE**     **DECLASSAMENTO**     **DUPLICATO**
**DELLA PATENTE NAUTICA**     **Categoria A**     unità a motore     a vela     a vela con motore ausiliario

 entro le 12 miglia dalla costa

 senza alcun limite dalla costa

 **Categoria B**
 **Categoria C**
 unità a motore     a vela     a vela con motore ausiliario

 entro le 12 miglia dalla costa

 senza alcun limite dalla costa

n. \_\_\_\_\_ rilasciata da \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_ con scadenza \_\_\_\_\_

**Motivo della visita**
 **Mutilati e minorati fisici; minorati degli arti (amputazioni, anchilosi, paresi, ecc. invalidanti ai fini della guida); anomalie somatiche (nanismo, gravi deformazioni del rachide);**
 **Segnalazione (attuale o pregressa) ai sensi dell'art. 186 CdS, art. 187 CdS, art. \_\_\_\_\_ (altro)**
 **Raggiunti limiti di età:**     **Da 65 anni a 68 con patente CI – C – CIE – CE**
 **Da 60 anni a 68 anni per patente DI – DIE – D – DE**
 **Soggetto che presenta:**
 Patologie Cardiovascolari

 Patologie dell'apparato respiratorio

 Sindrome delle apnee notturne (OSAS)

 Diabete per categorie C/D/E/AK/BK o Diabete complicato

 Malattie endocrine, malattie metaboliche e malattie sistemiche

 Malattie del Sistema Nervoso Centrale e Periferico (es. miastenia grave, sclerosi multipla, neuropatie periferiche)

 Epilessia

 Malattie psichiche

 Uso/Abuso Sostanze psicoattive: alcool, sostanze stupefacenti, psicofarmaci

 Malattie Urogenitali: Trattamento dialitico, Trapianto renale, Insufficienza renale grave

 Deficit visivi

 Deficit uditivi

 Malattia oncologica

 Altro \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

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