

COMMISSIONE MEDICA LOCALE ASL ROMA I - RICHIESTA DI VISITA MEDICA

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

residente a _____ Via/Piazza _____ n. _____

CF _____ Tel. _____ tel. cellulare _____

indirizzo di posta elettronica _____

Chiede di essere sottoposto a visita medica per

| | | | | |
|---|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> RINNOVO | <input type="checkbox"/> RILASCIO | <input type="checkbox"/> REVISIONE | <input type="checkbox"/> DECLASSAMENTO | <input type="checkbox"/> DUPLICATO |
| DELLA PATENTE DI GUIDA | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> speciale | <input type="checkbox"/> normale | di categoria _____ |
| n. _____ | rilasciata da _____ | Il _____ | con scadenza _____ | |

| | | | | |
|---|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> RINNOVO | <input type="checkbox"/> RILASCIO | <input type="checkbox"/> REVISIONE | <input type="checkbox"/> DECLASSAMENTO | <input type="checkbox"/> DUPLICATO |
| DELLA PATENTE NAUTICA | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Categoria A | <input type="checkbox"/> unità a motore | <input type="checkbox"/> a vela |
| | | <input type="checkbox"/> a vela con motore ausiliario <input type="checkbox"/> entro le 12 miglia dalla costa <input type="checkbox"/> senza alcun limite dalla costa | | |
| | | <input type="checkbox"/> Categoria B | | |
| | | <input type="checkbox"/> Categoria C | <input type="checkbox"/> unità a motore | <input type="checkbox"/> a vela |
| | | <input type="checkbox"/> a vela con motore ausiliario <input type="checkbox"/> entro le 12 miglia dalla costa <input type="checkbox"/> 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 _____