

Prenotazione visita

il _____

timbro e firma

C.M.L PATENTI SPECIALI

Viale Della Vittoria, 321 – Agrigento

Indirizzo mail: patenti.speciali@aspag.it

Orario sportello: Lunedì e Mercoledì dalle 9.30 alle ore 12.30 Orario sportello

Venerdì autoscuole e operatori di categoria dalle 09.30 alle ore 11.30

Orario sportello telefonico: Martedì dalle ore 09.30 alle ore 12.30

Il sottoscritto (cognome e nome)			nazionalità		
nato a		prov.	il		
residente a		prov.	c.a.p	via	n.
codice fiscale		telefono		email	
in possesso della patente categoria		n°		rilasciata il	

CHIEDE di essere sottoposto a visita medica presso codesta C.M.L per:

CONSEGUIMENTO	RINNOVO	REVISIONE	RICLASSIFICAZIONE	DUPLICATO	CONVERSIONE PAT. ESTERA

della patente di guida della seguente categoria

AM	A1	A2	A	B	C	D	E	S	ATTESTATO Art 115 c.d.s	NAUTICA	ALTRO (specificare)

Motivazioni sanitarie per la visita presso la C.M.L

Malattie o patologie invalidanti degli arti o del rachide	Malattie cardio vascolari
Guida in stato di ebbrezza art. 186 c.d.s /disturbi alcool correlati	Malattie endocrine
Uso sostanze stupefacenti art. 187 c.d.s	Diabete
Malattie del sistema nervoso	Vista
Epilessia	Udito
Malattie psichiche	Trapianti di organo
Malattie dell'apparato urogenitale	Altro specificare
Dialisi	
Limiti di età per mantenimento patente C -D -E -Attestato	
Limiti di età per mantenimento patente AM -A -B	
Malattie del sonno da apnee ostruttive notturne (OSAS)	

IMPORTANTE: presentare alla visita la copia della documentazione sanitaria necessaria per la specifica patologia. NON SI EFFETTUANO FOTOCOPIE.

DICHIARA

di NON ESSERE	di ESSERE stato sottoposto a visita presso la Commissione di _____ nell'anno _____
che NON ESISTE	che ESISTE ricorso pendente presso una Unità Sanitaria Territoriale.

Autorizzo l'ASP 1 Agrigento, in qualità di titolare del trattamento, a trattare i dati per le finalità correlate al procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, in conformità con la disciplina in materia di protezione dei dati personali (art. 13 del Reg. UE 2016/679) **SI** **NO**

Data _____

Firma _____