A.S.L. TO3
Azienda Sanitaria Locale
di Collegno e Pinerolo

COLLEGNO
Via Martiri XXX Aprile, 30 - 10093 Collegno TO
Tel. 011.40171

P.E.C: aslto3@cert.aslto3.piemonte.it

P.I./Cod. Fisc. 09735650013

ALLA COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI GUIDA ASL TO 3

□ **sede di COLLEGNO** (e-mail: commissione.patentispeciali@aslto3.piemonte.it; tel. 011-4017034)
□ **sede di PINEROLO** (e-mail: cmlpinerolo@aslto3.piemonte.it; tel. 0121-235359)

Il sottoscritto/a _____

Nata/o a_____il _____

Residente in _____in via /corso_____n°_____CAP_____

Eventuale indirizzo per la spedizione della patente (se diverso dalla residenza) Città_____

in via/corso_____n°_____CAP_____

Codice Fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Carta di identità n° _____rilasciata da _____in data _____scadenza_____

Telefono |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|E-mail _____

Titolare della patente di guida □ normale □ Speciale (S) Categoria: **AM A1 A2 A B1 B BE C1 C1E D1 D1E D DE KB**

N° _____ Rilasciata dalla Prefettura/MCTC di _____In data _____con scadenza_____

chiede di essere sottoposto a visita medica per

□ **CONSEGUIMENTO** □ **RINNOVO** □ **REVISIONE** □ **DUPLICATO/CONVERSIONE**

□ **RINNOVO PATENTE SUPERIORE ED ATTESTATO ANNUALE** □ **ATTESTATO ANNUALE**

Motivo della richiesta di visita in Commissione **(BARRARE SI O NO TUTTE LE DOMANDE)**

	SÌ	NO	Documentazione richiesta (1)
Mutilazione/Minorazione fisica: disabilità motoria (patologia invalidante a carico degli arti o del rachide)	□	□	Relativa documentazione sanitaria; eventuale certificazione di efficienza e tollerabilità del mezzo protesico.
Minorazione dell'udito non corretta da protesi acustica	□	□	
Segnalazione per **guida in stato di ebbrezza (alcol)** oppure **abuso di sostanze alcoliche**	□	□	Esami prescritti all'atto della prenotazione (gli esiti saranno comunicati alla CML direttamente dal Centro Antidoping)
Segnalazione per **sospetto uso di stupefacenti** oppure **uso di sostanze psicoattive (stupefacenti e psicotrope)**	□	□	Esami prescritti all'atto della prenotazione (gli esiti saranno comunicati alla CML direttamente dal Centro Antidoping) oppure eventuale relazione Centro Terapia Antalgica come da traccia allegata
Titolare di patente D, D/E con età superiore ad anni 60	□	□	
Titolare di patente C, C/E con età superiore ad anni 65	□	□	
Patologie dell'apparato cardio-circolatorio (se SÌ quali_____)	□	□	Vis. cardiologica; se portatore di pacemaker o defibrillatore, esibire anche le relative visite di controllo (non il tesserino).
Diabete (se sì, specificare se insulino-dipendente)	□	□	Visita diabetologica conforme al modulo ministeriale (patente A-B-BE; patente C-CE-D-DE)
Altre **patologie endocrine** (se SÌ quali_____)	□	□	Visita endocrinologica

A.S.L. TO3
Azienda Sanitaria Locale
di Collegno e Pinerolo

COLLEGNO
Via Martiri XXX Aprile, 30 - 10093 Collegno TO
Tel. 011.40171

P.E.C: aslto3@cert.aslto3.piemonte.it

P.I./Cod. Fisc. 09735650013

BARRARE SI O NO TUTTE LE DOMANDE

	SÌ	NO	Documentazione richiesta (1)
Turbe e/o patologie psichiche (se SÌ quali_____)	☐	☐	Visita psichiatrica contenente le indicazioni riportate su specifico modulo (2)
Patologie del **sistema nervoso** (se SÌ quali_____)	☐	☐	Visita neurologica
Epilessia / crisi epilettiche (se SÌ specificare quando si è manifestata l'ultima crisi: _____)	☐	☐	Visita neurologica conforme al modulo ministeriale (non antecedente a tre mesi) (patente A-B-BE; patente C-CE-D-DE) (2)
Malattie dell'apparato uro-genitale (se SÌ quali_____)	☐	☐	Visita specialistica. **N.B. se in dialisi, specificare i giorni della settimana in cui può presentarsi a visita in CML**
Patologie visive (es. maculopatie, glaucoma, alterazioni del campo visivo) (se SÌ quali_____)	☐	☐	Visita oculistica contenente le indicazioni di cui alla traccia allegata (patente A-B; patente C-D-E) (2)
Patologie uditive (se SÌ quali_____)	☐	☐	Per i portatori di protesi acustiche: esibire il relativo attestato di conformità rilasciato dal costruttore.
Sindrome delle apnee ostruttive nel sonno (OSAS)	☐	☐	Visita specialistica e controllo CPAP conforme al modulo ministeriale (2)
Invalido/a civile o del lavoro o di guerra o per servizio (se SÌ specificare per quali malattie e in quale misura - percentuale:_____)	☐	☐	Verbale di riconoscimento di invalidità.
Altro (es: insufficienza respiratoria, epatopatie, malattie oncologiche, …). (se SÌ quali_____)	☐	☐	Visita specialistica

(1) Per "documentazione richiesta" si intende la documentazione necessaria al fine di poter esprimere il giudizio di idoneità alla guida.

(2) Scaricabile dal sito https://www.aslto3.piemonte.it/azienda/documenti/modulistica/#medicina-legale

N.B.:

La documentazione sanitaria non deve essere anteriore a 6 mesi.

La certificazione neurologica per epilessia non deve essere anteriore a 3 mesi.

La visita diabetologica non deve essere anteriore a 3 mesi.

La documentazione sanitaria deve essere esibita il giorno della visita sia in **ORIGINALE** che in **COPIA** (la copia verrà trattenuta dalla Commissione, in alcuni casi verrà trattenuta in originale, come previsto dalle norme vigenti).

DICHIARA

- Di non avere in corso un altro giudizio presso altra Commissione Patenti (CML)
- Di non essere stato giudicato non idoneo presso altra Commissione patenti (CML)

Si allega alla presente domanda:
- **copia della patente di guida** o, se non disponibile, copia di valido documento di identità.
- **Copia carta di identità o altro documento in corso di validità**
- **Decreto Prefettizio** (in caso di revisione ex art. 186 C.d.S. - Alcol - o ex art 187 C.d.S. -sostanze stupefacenti-)
- **Lettera della Motorizzazione in caso di revisione disposta dalla Motorizzazione stessa o presenza di ostativo.**
- **Verbale di visita medica (non la ricevuta della visita) se effettuata in precedenza presso altra Commissione Patenti.**

Data_____ Firma _____

“DICHIARAZIONE DI PRESA VISIONE DELL’INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI”

Dichiaro di essere a conoscenza che i dati presenti in questo documento vengono raccolti per le finalità connesse alla domanda da me presentata con la presente autocertificazione e di essere a conoscenza che la base giuridica del trattamento dei miei dati personali anche sensibili ex art. 9 e 10 RGPD è l’interesse pubblico. Dichiaro in particolare di aver preso visione dell’informativa sul trattamento dei dati personali, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679 (RGDP), riportata sul sito aziendale alla voce “Informazione ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR” https://www.aslto3.piemonte.it/wp-content/uploads/2022/08/ALLEGATO2.pdf e alla voce “Regolamento regionale “trattamento dei dati sensibili e giudiziari” https://www.aslto3.piemonte.it/wp-content/uploads/2022/11/regoladati.pdf

Letto, confermato e sottoscritto

_____, li _____

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

[Revisione 08.2025]

Incollare
fototessera
RECENTE NON
OLTRE I 6 MESI
(su sfondo bianco)
Vedi circolare n. 23176
del 20/10/2016
SENZA OCCHIALI

L’originale sarà ritirata il giorno della visita

Firmare dentro il rettangolo senza uscire dai bordi