

COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI DI GUIDA DI VITERBO
Tel. 0761-237681 dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 11.00

NOTA INFORMATIVA PATENTE NAUTICA

ALLA DOMANDA VA ALLEGATA OBBLIGATORIAMENTE

1. FOTOCOPIA DELLA PATENTE NAUTICA

(SE NON SI E' IN POSSESSO ALLEGARE FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO VALIDO E NEL CASO DI SMARRIMENTO FOTOCOPIA DELLA DENUNCIA)

Nel caso di **REVISIONE** allegare fotocopia del documento di riconoscimento e del Decreto di revisione

2. FOTOCOPIA VERBALE INVALIDITA' CIVILE, PER LAVORO, ecc. se riconosciuto invalido

IMPORTANTE

**LA DOMANDA
DEBITAMENTE COMPILATA IN OGNI PARTE
E CORRELATA CON GLI ALLEGATI RICHIESTI**

PUO' ESSERE:

RESTITUITA

AGLI SPORTELLI POLIFUNZIONALI

(VIA ENRICO FERMI, 15 – VITERBO

CITTADELLA DELLA SALUTE – PIANO TERRA)

dal **LUNEDI'** al **VENERDI'** dalle ore 08,00 alle ore 18,00

il **SABATO** alle ore 08,00 alle ore 13,00

INVIATA MEDIANTE POSTA A:

**COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI DI GUIDA
VIA ENRICO FERMI, 15 – 01100 VITERBO**

ALLA COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI DI GUIDA DI VITERBO

(compilare in stampatello in modo leggibile)

.... I sottoscritt.....
nat.... a Prov (.....) il
residente a in Via n°
C.A.P. domiciliat... ⁽¹⁾ a in Via
..... n° Tel. cell. fax
e-mail Codice Fiscale

chiede di essere sottoposto/a a visita medica per ⁽²⁾

- RILASCIO REVISIONE disposta da
 RINNOVO della **PATENTE NAUTICA** che scade il

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere essere stato/a affetto/a dalla/e seguente/i patologia/e ⁽²⁾

- VISTA (*specificare*)
 UDITO (*specificare*)
 AFFEZIONI CARDIOVASCOLARI (*specificare*)
 DIABETE senza complicazioni
 DIABETE con complicazioni (*specificare*)
 MALATTIE ENDOCRINE (*specificare*)
 MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO (*specificare*)
 con limitazioni dei movimenti degli arti superiori e/o inferiori
 senza limitazioni dei movimenti degli arti superiori e/o inferiori
 EPILESSIA
 MALATTIE PSICHICHE (*specificare*)
 MALATTIE DEL SANGUE (*specificare*)
 MALATTIE DELL' APPARATO UROGENITALE (*specificare*)
 MINORAZIONI FISICHE (*specificare*)
 con limitazioni dei movimenti degli arti superiori e/o inferiori
 senza limitazioni dei movimenti degli arti superiori e/o inferiori
 SOSTANZE PSICOATTIVE/PSICOTROPE (*specificare*)
 Alcool Sostanze stupefacenti
 ALTRO (*specificare*)
 Il/la sottoscritto/a chiede che la documentazione gli/le sia inviata per posta.

Luogo e data

Firma

⁽¹⁾ indicare nel caso di domicilio diverso dalla residenza

⁽²⁾ barrare le caselle che interessano

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO ANAMNESTICO
(da firmare in presenza del medico)

.../La sottoscritt.....
 nat... a prov./Stato
 il e residente a
 prov./Stato documento di riconoscimento
 n. rilasciato da
 nell'ambito dell'accertamento medico-legale dell'idoneità psicofisica al conseguimento/convalida della patente nautica di
 categoria per

DICHIARA
 in relazione agli stati patologici (e/o condizioni) di seguito elencati, che:

Sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio (pressione alta anche normalizzata da trattamento, pregresso infarto, angina, pregresso intervento cardiocirurgico, aneurisma, aritmie, ecc.). Se sì, indicare quali:	SI	NO
Sussiste diabete (mellito) Se sì, specificare di quale tipo: <p align="center">insulino-dipendente NON insulino-dipendente (trattato con dieta o ipoglicemizzanti orali)</p>	SI	NO
Sussistono altre patologie endocrine (della tiroide, dei surreni, dell'ipofisi, ecc.). Se sì, indicare quali:	SI	NO
Soffre (ha mai sofferto) di malattie neurologiche (morbo di Parkinson, emiparesi, ischemia cerebrale transitoria, sclerosi multipla, ecc.). Se sì, indicare quali:	SI	NO
Soffre (ha sofferto di) disturbi o patologie psichiche (ansia, depressione, disturbo ossessivo-compulsivo, allucinazioni, ecc.). Se sì, indicare quali e quando ne ha sofferto:	SI	NO
E' attualmente (è stato) in cura con tranquillanti, antidepressivi, barbiturici, sonniferi o altri farmaci psicotropi Se sì, indicare quali, il periodo di trattamento e i dosaggi:	SI	NO
Ha avuto problemi relativi ad abuso di alcolici (guida o comando di unità da diporto in stato di ebbrezza, ricoveri ospedalieri, ecc.). Se sì, specificare di quale tipo e quando	SI	NO
Ha fatto uso di canapa indiana, ecstasy, eroina, cocaina, amfetamine, LSD o altre droghe. Se sì, specificare quando:	SI	NO
Ha subito un trauma cranico. Se sì, specificare quando:	SI	NO
Soffre di epilessia o ha manifestato crisi epilettiche (o convulsioni). Se sì, specificare la data dell'ultima crisi e indicare la terapia eseguita:	SI	NO
Sussistono malattie del sangue. Se sì, specificare quali:	SI	NO
Sussistono malattie dell'apparato uro-genitale (insufficienza renale cronica, ecc.). Se sì, specificare quali:	SI	NO
Assume (o ha assunto per più di una settimana nell'ultimo anno) altre medicine oltre a quelle già dichiarate. Se sì, indicare quali, il periodo di trattamento e i dosaggi:	SI	NO
Ha problemi di vista non correggibili con lenti. Se sì, indicare quali:	SI	NO
Porta lenti a contatto	SI	NO
Ha problemi di udito	SI	NO
Porta protesi acustiche	SI	NO

Dichiarazione del richiedente	
Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi contenenti dati non più rispondenti a verità, dichiara sotto la sua personale responsabilità di aver fornito tutte le informazioni in sua conoscenza utili a definire il proprio stato di salute. In particolare dichiara di non fare abuso di alcolici, e/o di sostanze stupefacenti o psicotrope, e di non aver avuto crisi epilettiche negli ultimi due anni.	
Luogo e data	Firma del richiedente

DICHIARAZIONE AI SENSI DELLA LEGGE SULLA PRIVACY

Ai sensi del d.lgs. 30/06/2003, n. 196, sono stato informato del fatto che i dati personali e quelli riguardanti le mie condizioni di salute, emersi a seguito della presente visita, tutelati dal segreto d'ufficio, saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge. I predetti dati saranno trasmessi ai competenti uffici pubblici, a loro volta vincolati dall'obbligo del segreto d'ufficio, per gli adempimenti di competenza previsti dalla legge. Il sottoscritto (*) autorizza il personale della se lo riterrà necessario, ad esaminare ed estrarre copia della documentazione sanitaria che lo riguarda, conservata presso strutture pubbliche. Inoltre (*) autorizza l'inserimento dei dati personali e di quelli riguardanti le proprie condizioni di salute, emersi nel corso della presente visita, in una cartella clinica medico-legale, che potrà essere esaminata dal personale autorizzato, vincolato all'obbligo del segreto d'ufficio, a seguito di qualsiasi richiesta di benefici presentata a strutture del Servizio sanitario pubblico.
 (*) INDICARE "NON" IN CASO DI NEGATA AUTORIZZAZIONE.

....., lì Firma del dichiarante
 (da firmare in presenza del medico)

Firma del medico ricevente l'atto

...l... sottoscritt..... residente a
(.....) e domiciliat.... a (.....) in Via/Piazza
..... n° per motivi di * studio * lavoro
* altro **

CHIEDE

di poter essere sottoposto/a a visita medico-legale per * rilascio * rinnovo * revisione
disposta da.....della patente nautica

DICHIARA sotto la propria responsabilità (*):

- di essere già utente della Commissione Medica Locale Patenti di Guida di
**N. B. – PER GLI UTENTI CHE ABBIANO GIA’ EFFETTUATO VISITE MEDICHE PRESSO COMMISSIONI DIVERSE DA QUELLA DI VITERBO DOVRA’ ESSERE ALLEGATA LA COPIA FOTOSTATICA DELL’ULTIMO CERTIFICATO E DELLA RELATIVA DOCUMENTAZIONE SANITARIA E AMMINISTRATIVA.
IN ASSENZA DELLA SUDETTA DOCUMENTAZIONE LA COMMISSIONE NON POTRA’ DAR SEGUITO ALLA RICHIESTA E LA PRATICA SARA’ ARCHIVIATA;**
- di avere presentato analoga richiesta alla Commissione Medica Locale Patenti di Guida di **(IN TAL CASO LA PRATICA NON POTRA’ ESSERE EVASA E VERRA’ ARCHIVIATA);**
- di non essere mai stato/a sottoposto/a a visita da parte di alcuna Commissione Medica Locale Patenti di Guida.
- DI NON ESSERE RICONOSCIUTO/A INVALIDO/A**
- DI ESSERE RICONOSCIUTO/A:**
- INVALIDO/A CIVILE al %
 - INVALIDO/A DI GUERRA categoria
 - INVALIDO/A PER CAUSE DI SERVIZIO categoria
 - INVALIDO/A PER INFORTUNIO SUL LAVORO al %
 - TITOLARE DI RICONOSCIMENTO DI MALATTIA PROFESSIONALE
 - TITOLARE DI RICONOSCIMENTO AI SENSI DELLA LEGGE N° 104/92
- Allega fotocopia del verbale di invalidità.
- Non può produrre la copia del verbale di invalidità per il seguente motivo:
- smarrito (Si impegna a chiederne una copia, al competente Ufficio, che consegnerà all’atto della visita medica).
 - non ancora notificato e in attesa di definizione (Si impegna a consegnare una copia all’atto della visita medica se notificato).

Data

.....
Firma per esteso

* barrare le caselle che interessano

** specificare