

**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... <sup>(1)</sup> a ..... in Via .....  
..... n° ..... Tel. .... cell. .... fax .....  
e-mail ..... Codice Fiscale .....

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

- 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 <sup>(2)</sup>

- 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 .....

<sup>(1)</sup> indicare nel caso di domicilio diverso dalla residenza

<sup>(2)</sup> 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