

MEDICINA LEGALE COMMISSIONE PATENTI PISA Via Gentile da Fabriano 1^a (quartiere CEP) - 56122 Pisa

COME PRENOTARE 1: tramite CUP presentando ALL.2 compilato + tessera sanitaria

2: scrivendo a: commissionepatenti.pisa@ushordovest.toscana.it allegando modulo ALL.2/ALL.3/ALL.4 e patente o documento d'identità.

RINNOVO	REVISIONE	RILASCIO	ATTESTATO	RICLASSIFICAZIONE PATENTE
(se patente scaduta o in scadenza)	sospensione per art. 186,75,187 CdS o revisione richiesta dalla motorizzazione)		(per patent superiori C/D o idoneità KA/KB)	(declassamento di categoria o riacquisizione di categoria)
				18,60 euro (o 31,00 euro se Commissione medica allargata in caso di patente AS-BS-CS) rilasciato in fase di appuntamento
PAGAMENTI	- 26,20 (10,20+16)euro (*)	- 16,00 euro (**)	- 16,00 euro (**) - marca da bollo da 16,00 euro	- 42,20 (32,00+10,20)euro (***)
DOCUMENTAZIONE DA PORTARE IL GIORNO DELLA VISITA	- ricevute dei pagamenti - documento d'identità originale e copia - fototessera - allegati 3 e 4 compilati - accertamenti sanitari recenti in copia - verbale prefetturale/lettera della motorizzazione	- ricevute dei pagamenti - documento d'identità originale e copia - 1 fototessera - allegati 3 e 4 compilati - accertamenti sanitari recenti in copia - certificato anamnestico medico curante	- ricevute dei pagamenti - documento d'identità originale e copia - 1 fototessera - allegati 3 e 4 compilati - accertamenti sanitari recenti in copia	- ricevute dei pagamenti - documento d'identità originale e copia - allegati 3 e 4 compilati - accertamenti sanitari recenti in copia

(*) da effettuare scaricando l'avviso PAGOPA dal sito www.ilportaledellautomobilista.it/web/portale-automobilista tramite accesso con SPID e selezionando la causale RINNOVO PATENTE cod. N004

(**) da effettuare scaricando l'avviso PAGOPA dal sito www.ilportaledellautomobilista.it/web/portale-automobilista tramite accesso con SPID e selezionando la causale IMPOSTA DI BOLLO cod. N019

(***) da effettuare scaricando l'avviso PAGOPA dal sito www.ilportaledellautomobilista.it/web/portale-automobilista tramite accesso con SPID e selezionando la causale RICLASSIFICAZIONE cod. N003

NEL CASO di prenotazione tramite CUP per RINNOVO o REVISIONE per violazione art. 186 CdS (abuso di Alcool) prenotare contestualmente anche l'appuntamento per il prelievo emativo con cod. 02358190 e successivamente richiedere impegneriva esami da presentare al laboratorio analisi a: commissionepatenti.pisa@uslnordovest.toscana.it o recandosi presso UOC Medicina Legale il venerdì dalle 9 alle 11 previo appuntamento su "CEPOSTO"

NEL CASO di prenotazione tramite CUP per RINNOVO per violazione art. 187 /art.75 CdS richiedere impegneriva esami a commissionepatenti.pisa@uslnordovest.toscana.it o recandosi presso UOC Medicina Legale il venerdì dalle 9 alle 11 previo appuntamento su "CEPOSTO"

PER PRENOTARE A CUP LA COMMISSIONE MEDICA LOCALE DI PISA

Il/la sottoscritto/a _____	Comune Residenza _____				
barrare con una X la voce che interessa:					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="background-color: #cccccc; padding: 5px;">RINNOVO</th> <th style="background-color: #cccccc; padding: 5px;">MI E' SCADUTA O MI SCADRA' A BREVE LA PATENTE di GUIDA O LA NAUTICA</th> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> *per patologia *per una precedente sospensione /revisione di patente di guida * per l' età per cui è obbligatoria la visita in CML </td> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> pat. cat.AS/BS/CS/DS oppure A -B ma con limitazioni motorie o patente Nautica C (cod. CUP ML 5.1.5) <input type="checkbox"/> pat. A/B/C/CE/D/DE oppure patente Nautica A - B (cod. CUP ML 5.1.3) </td> </tr> </table>		RINNOVO	MI E' SCADUTA O MI SCADRA' A BREVE LA PATENTE di GUIDA O LA NAUTICA	*per patologia *per una precedente sospensione /revisione di patente di guida * per l' età per cui è obbligatoria la visita in CML	<input type="checkbox"/> pat. cat.AS/BS/CS/DS oppure A -B ma con limitazioni motorie o patente Nautica C (cod. CUP ML 5.1.5) <input type="checkbox"/> pat. A/B/C/CE/D/DE oppure patente Nautica A - B (cod. CUP ML 5.1.3)
RINNOVO	MI E' SCADUTA O MI SCADRA' A BREVE LA PATENTE di GUIDA O LA NAUTICA				
*per patologia *per una precedente sospensione /revisione di patente di guida * per l' età per cui è obbligatoria la visita in CML	<input type="checkbox"/> pat. cat.AS/BS/CS/DS oppure A -B ma con limitazioni motorie o patente Nautica C (cod. CUP ML 5.1.5) <input type="checkbox"/> pat. A/B/C/CE/D/DE oppure patente Nautica A - B (cod. CUP ML 5.1.3)				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="background-color: #cccccc; padding: 5px;">REVISIONE</th> <th style="background-color: #cccccc; padding: 5px;">MI TROVO SENZA PATENTE CAUSA SOSPENSIONE O REVOCA oppure HO UNA PATOLOGIA PER CUI DESIDERO FARE REVISIONE DELLA MIA PATENTE</th> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> *per patologia *per provvedimento da parte della Prefettura o Motorizzazione Civile * per essere stato giudicato NON IDONEO dalla Commissione Medica </td> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> pat. cat.AS/BS/CS/DS oppure A -B ma con limitazioni motorie o patente Nautica C (cod. CUP ML 5.2.5) <input type="checkbox"/> pat. A/B/C/CE/D/DE oppure patente Nautica A - B (cod. CUP ML 5.2.3) </td> </tr> </table>		REVISIONE	MI TROVO SENZA PATENTE CAUSA SOSPENSIONE O REVOCA oppure HO UNA PATOLOGIA PER CUI DESIDERO FARE REVISIONE DELLA MIA PATENTE	*per patologia *per provvedimento da parte della Prefettura o Motorizzazione Civile * per essere stato giudicato NON IDONEO dalla Commissione Medica	<input type="checkbox"/> pat. cat.AS/BS/CS/DS oppure A -B ma con limitazioni motorie o patente Nautica C (cod. CUP ML 5.2.5) <input type="checkbox"/> pat. A/B/C/CE/D/DE oppure patente Nautica A - B (cod. CUP ML 5.2.3)
REVISIONE	MI TROVO SENZA PATENTE CAUSA SOSPENSIONE O REVOCA oppure HO UNA PATOLOGIA PER CUI DESIDERO FARE REVISIONE DELLA MIA PATENTE				
*per patologia *per provvedimento da parte della Prefettura o Motorizzazione Civile * per essere stato giudicato NON IDONEO dalla Commissione Medica	<input type="checkbox"/> pat. cat.AS/BS/CS/DS oppure A -B ma con limitazioni motorie o patente Nautica C (cod. CUP ML 5.2.5) <input type="checkbox"/> pat. A/B/C/CE/D/DE oppure patente Nautica A - B (cod. CUP ML 5.2.3)				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="background-color: #cccccc; padding: 5px;">RILASCIO</th> <th style="background-color: #cccccc; padding: 5px;">VORREI CONSEGUIRE LA PRIMA O UNA NUOVA CATEGORIA DI PATENTE DI GUIDA oppure LA PATENTE NAUTICA</th> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> *per patologia *per segnalazione per pregresso abuso di alcool o sostanze stupefacenti </td> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> pat. cat.AS/BS/CS/DS oppure A -B ma con limitazioni motorie o patente Nautica C (cod. CUP ML 5.3.5) <input type="checkbox"/> pat. AM/A/B/C/CE/D/DE oppure patente Nautica A - B (cod. CUP ML 5.3.3) </td> </tr> </table>		RILASCIO	VORREI CONSEGUIRE LA PRIMA O UNA NUOVA CATEGORIA DI PATENTE DI GUIDA oppure LA PATENTE NAUTICA	*per patologia *per segnalazione per pregresso abuso di alcool o sostanze stupefacenti	<input type="checkbox"/> pat. cat.AS/BS/CS/DS oppure A -B ma con limitazioni motorie o patente Nautica C (cod. CUP ML 5.3.5) <input type="checkbox"/> pat. AM/A/B/C/CE/D/DE oppure patente Nautica A - B (cod. CUP ML 5.3.3)
RILASCIO	VORREI CONSEGUIRE LA PRIMA O UNA NUOVA CATEGORIA DI PATENTE DI GUIDA oppure LA PATENTE NAUTICA				
*per patologia *per segnalazione per pregresso abuso di alcool o sostanze stupefacenti	<input type="checkbox"/> pat. cat.AS/BS/CS/DS oppure A -B ma con limitazioni motorie o patente Nautica C (cod. CUP ML 5.3.5) <input type="checkbox"/> pat. AM/A/B/C/CE/D/DE oppure patente Nautica A - B (cod. CUP ML 5.3.3)				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="background-color: #cccccc; padding: 5px;">ATTESTATO ANNUALE O IDONEITA' KB</th> <th style="background-color: #cccccc; padding: 5px;">perchè ho compiuto 60 anni ed ho una patente di categoria D/DE oppure ho compiuto 65 anni ed ho una patente di categoria C/CE oppure vorrei conseguire l'idoneità per KA/KB</th> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"></td> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> perchè ho compiuto 60 anni ed ho una patente di categoria D/DE oppure ho compiuto 65 anni ed ho una patente di categoria C/CE oppure vorrei conseguire l'idoneità per KA/KB (cod. CUP ML 5.3.3) </td> </tr> </table>		ATTESTATO ANNUALE O IDONEITA' KB	perchè ho compiuto 60 anni ed ho una patente di categoria D/DE oppure ho compiuto 65 anni ed ho una patente di categoria C/CE oppure vorrei conseguire l'idoneità per KA/KB		<input type="checkbox"/> perchè ho compiuto 60 anni ed ho una patente di categoria D/DE oppure ho compiuto 65 anni ed ho una patente di categoria C/CE oppure vorrei conseguire l'idoneità per KA/KB (cod. CUP ML 5.3.3)
ATTESTATO ANNUALE O IDONEITA' KB	perchè ho compiuto 60 anni ed ho una patente di categoria D/DE oppure ho compiuto 65 anni ed ho una patente di categoria C/CE oppure vorrei conseguire l'idoneità per KA/KB				
	<input type="checkbox"/> perchè ho compiuto 60 anni ed ho una patente di categoria D/DE oppure ho compiuto 65 anni ed ho una patente di categoria C/CE oppure vorrei conseguire l'idoneità per KA/KB (cod. CUP ML 5.3.3)				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="background-color: #cccccc; padding: 5px;">RICLASSIFICAZIONE PATENTE</th> <th style="background-color: #cccccc; padding: 5px;">VORREI UN DECLASSAMENTO DI CATEGORIA PATENTE O RIACQUISIZIONE DI CATEGORIA</th> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"></td> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> pat. cat.AS/BS/CS/DS oppure A -B ma con limitazioni motorie (cod. CUP ML 5.1.5) <input type="checkbox"/> pat. AM/A/B/C/CE/D/DE (cod. CUP ML 5.1.3) </td> </tr> </table>		RICLASSIFICAZIONE PATENTE	VORREI UN DECLASSAMENTO DI CATEGORIA PATENTE O RIACQUISIZIONE DI CATEGORIA		<input type="checkbox"/> pat. cat.AS/BS/CS/DS oppure A -B ma con limitazioni motorie (cod. CUP ML 5.1.5) <input type="checkbox"/> pat. AM/A/B/C/CE/D/DE (cod. CUP ML 5.1.3)
RICLASSIFICAZIONE PATENTE	VORREI UN DECLASSAMENTO DI CATEGORIA PATENTE O RIACQUISIZIONE DI CATEGORIA				
	<input type="checkbox"/> pat. cat.AS/BS/CS/DS oppure A -B ma con limitazioni motorie (cod. CUP ML 5.1.5) <input type="checkbox"/> pat. AM/A/B/C/CE/D/DE (cod. CUP ML 5.1.3)				

DATA _____

firma _____



**UOC Medicina Legale Sud
Sede di Pisa**

Via Gentile da Fabriano 1
56122 Pisa

commissionepatenti.pisa@uslnordovest.toscana.it

AUTODICHIARAZIONE ANAMNESTICA
(DA COMPILARE A MACCHINA O IN STAMPATELLO)

Il sottoscritto
(COGNOME) (NOME)

nato a (.....) il / / /
(COMUNE) (SIGLA PROVINCIA)

residente a in via n°

telefono n.

Email

titolare patente di guida categoria n°

rilasciata da Prefettura / Ufficio MCTC di il / /

scadenza : il /

- | | | |
|--------------------|--------------------------|---|
| chiede il : | RINNOVO | <input type="checkbox"/> patente categoria
..... |
| | REVISIONE | <input type="checkbox"/> patente categoria
..... |
| | RILASCIO | <input type="checkbox"/> patente categoria
..... |
| | RICLASSIFICAZIONE | <input type="checkbox"/> patente categoria
..... |
| | PATENTE NAUTICA | <input type="checkbox"/> patente categoria
..... |
| | ATTESTATO annuale | <input type="checkbox"/> patente categoria
..... |

Ho già acquisito il foglio informativo relativo alle certificazioni mediche da esibire alla visita

Firma



SEGUE

di essere affetto da :

1) AFFEZIONI CARDIOVASCOLARI :

no pregressa in atto

In caso affermativo esibire ECG, visita cardiologica ed ogni altro accertamento strumentale utile a precisare l'entità e la natura della malattia.

➤ Portatore di pace maker o defibrillatore

si no

In caso affermativo esibire ultimo controllo della funzionalità del device

2) DIABETE : no si

In caso affermativo esibire relazione diabetologia redatta su modello fornito al momento della prenotazione

➤ Complicato da retinopatia proliferante o laser trattata no si

In caso affermativo esibire certificazione oculistica redatta su modello fornito al momento della prenotazione

3) MALATTIE ENDOCRINE :

no pregressa in atto

specificare

4) MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO

CENTRALE O PERIFERICO:

no pregressa in atto

In caso affermativo esibire certificazione specialistica neurologica

➤ Epilessia no si

In caso affermativo esibire relazione neurologica redatta su modello fornito al momento della prenotazione

5) OSAS (APNEE OSTRUTTIVE DEL SONNO)

no si

In caso affermativo esibire relazione del Centro Neurologico/pneumologico redatta su modello fornito al momento della prenotazione

6) TURBE PSICHICHE :

no pregressa in atto

In caso affermativo esibire relazione psichiatrica circa la terapia in atto, l'inquadramento diagnostico, lo stato di equilibrio psico affettivo

7) SOSTANZE PSICOATTIVE :

	no	pregressa	in atto
Abuso di alcol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Supefacenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sostanze psicotrope	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8) MALATTIE DEL SANGUE :

no pregressa in atto
specificare

9) MALATTIE APPARATO URO – GENITALE

no pregressa in atto

➤ insufficienza renale grave :

no pregressa in atto

In caso affermativo occorre relazione nefrologica redatta su modello fornito al momento della prenotazione

10) MALATTIE APPARATO MUSCOLO –

SCHELETTRICO :

no pregressa in atto

specificare

11) MALATTIE OCULARI A CARATTERE

PROGRESSIVO (ES. RETINOPATIA, CATARATTA, MACULOPATIA, GLAUCOMA ETC)

no si

In caso affermativo occorre relazione oculistica redatta su modello fornito al momento della prenotazione

12) DEFICIT DELL'UDITO no si

13) HA RICONOSCIMENTI PER INVALIDITÀ CIVILE, DI LAVORO, PER SERVIZIO ?

no si

In caso di revisione straordinaria per incidente stradale esibire copia cartella clinica dell' eventuale ricovero e/o referto del Pronto Soccorso

Per quanto non esplicitamente previsto e in ogni caso di dubbio si consiglia di consultare il medico curante

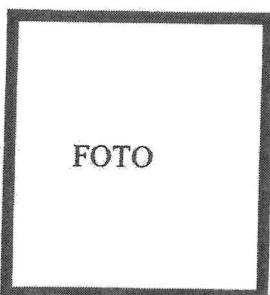
La documentazione deve essere esibita in originale e in fotocopia ; la Commissione trattiene la fotocopia e restituisce gli originali

La Commissione ha comunque pieno titolo a richiedere ulteriori accertamenti, se ritenuto necessario

Data _____ / _____ / _____

Firma(da firmare davanti al medico)

DA PRESENTARE IL GIORNO DELLA VISITA



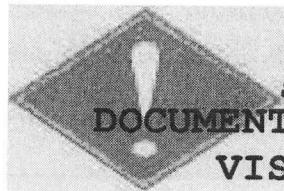
METTERE LA FIRMA

DA COMPILEARE SOLO IN CASO DI CONFERMA/RINNOVO PATENTE:

INDIRIZZO PRESSO IL QUALE INVIARE LA NUOVA PATENTE DI GUIDA:

(PROVINCIA).....(COMUNE).....

INDIRIZZO :n.civico.....CAP.....



ATTENZIONE !!!

**DOCUMENTAZIONE MINIMA NECESSARIA PER LA
VISITA IN COMMISSIONE PATENTI**

PER TUTTI:

Tutti i candidati o conducenti debbono **obbligatoriamente** esibire:

ogni esame, accertamento o relazione clinica idonea a documentare lo stato di salute e di compenso delle varie patologie ivi compreso relazioni circa eventuali recenti ricoveri (lettera di dimissione).

In caso di documentazione specialistica mancante o incompleta la pratica sarà sospesa, senza possibilità di proroghe di validità della patente in caso di patente scaduta (o in scadenza per il giorno della visita in Commissione).

AUTODICHIARAZIONE ANAMNESTICA CORRETTAMENTE COMPILATA MA NON FIRMATA (DA FIRMARE DAVANTI ALLA COMMISSIONE)

In caso di **PATENTE SUPERIORE (C-D-E)** occorre:

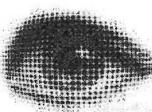
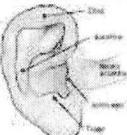
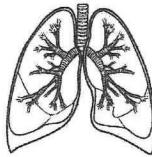
- relazione oculistica redatta su modello ministeriale completa di campo visivo 160°
- tempi di reazione a stimoli semplici e complessi, visivi e uditivi, da effettuarsi presso struttura pubblica (es. Ufficio Sanitario Ente Ferrovie o altro)
- se affetti da ipertensione arteriosa occorre esame Holter Pressorio.

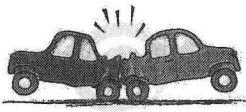
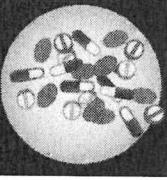
In caso di **RILASCIO/RINNOVO PATENTE NAUTICA** vista la specificità della modulistica ministeriale da presentare il giorno della visita in commissione, si prega di contattare la segreteria della commissione.

Per il **RILASCIO** di prime patenti/patentini di qualsiasi categoria occorre il certificato anamnestico del curante (SEMPRE). PER UTENTI MINORENNI al momento della visita è richiesta la presenza di entrambi i genitori, in caso di assenza di uno dei due genitori occorre il consenso scritto all'accertamento, accompagnato da una copia del documento di identità

➔Ulteriori indicazioni per alcune patologie◀

	<p>Certificazione diabetologica redatta secondo modello ministeriale fornito dalla Segreteria della Commissione *</p> <p>in caso di retinopatia proliferante o laser-trattata certificazione oculistica redatta su <u>modello ministeriale</u> fornita dalla Segreteria della Commissione *, completa di Campo Visivo secondo Esterman</p>
Malattie Cardiovascolari (anche solo ipertensione arteriosa)	<ol style="list-style-type: none">1. Visita cardiologica (SEMPRE, non basta l'ECG) con indicazione dello stato di compenso (ECOCARDIOGRAMMA con indicazione della F.E. nei casi di scompenso cronico).2. Se impianto di PM (Pacemaker): attestazione del corretto funzionamento rilasciata entro 3 mesi dalla visita in CML.

	<p>3. Se impianto di ICD (Defibrillatore): attestazione del corretto funzionamento rilasciata entro 3 mesi dalla visita in CML con indicazione di eventuali attivazioni nell'ultimo anno.</p> <p>4. se portatore di aneurismi accertamento di diagnostica per immagini in data non anteriore a 6 mesi(TC o RMN o angiografia)</p>
Malattie del Sistema Nervoso Centrale e Periferico 	<p>Per le malattie del Sistema Nervoso Centrale (esempio sclerosi multipla, ictus, SLA, M. di Parkinson, tumori cerebrali ecc...) occorre: → visita specialistica neurologica.</p>
Epilessia 	<p>1. Certificazione del neurologo redatta su modello ministeriale fornito dalla Segreteria della Commissione * e rilasciato in data non anteriore a 3 mesi</p> <p>2. Referto EEG non anteriore a 3 mesi.</p> <p>3. dosaggio ematico dei farmaci antiepilettici (non anteriore a 30 gg)</p>
Malattie psichiche 	<p>Relazione psichiatrica non anteriore a 3 mesi con indicazione della diagnosi, della fenomenica clinica, della consapevolezza di malattia e della capacità critica, dello stato di compenso, di eventuali ricoveri in ambiente specialistico, della terapia assunta, della <i>compliance</i> terapeutica e di eventuali effetti della terapia assunta sulla efficienza neuromotoria e sensoriale.</p>
Malattie renali e apparato uro genitale 	<p>→ in caso di trattamento dialitico relazione nefrologica redatta secondo modello fornito dalla Segreteria della Commissione *</p> <p>→ certificazione nefrologica in caso di trapianto d'organo o di insufficienza renale</p>
Deficit della vista 	<p>→ In presenza di malattie dell'occhio (es. cataratta, glaucoma, retinopatia, maculopatia, cheratocono....) è necessaria certificazione specialistica redatta su modello fornito dalla Segreteria della Commissione * completa di Campo Visivo secondo Esterman</p>
Deficit dell'udito 	<p>Se uso di protesi: certificato del costruttore/audioprotesista in data non anteriore a 3 mesi che attesti l'efficienza della protesi.</p>
Malattie dell'apparato respiratorio e OSAS 	<p>Controllo pneumologico con emogasanalisi e indicazione della terapia e dello stato di compenso.</p> <p>→ In caso di Sindrome delle Apnee Ostruttive del Sonno (OSAS): certificazione neurologica o pneumologica redatta secondo modello fornito dalla Segreteria della Commissione * ed ogni altra documentazione specialistica ritenuta utile.</p>
Revisione disposta per Incidente stradale	<p>In caso di revisione straordinaria per incidente stradale ex art 128 CdS :</p>

	<p>-Copia disposizione di revisione</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se con lesioni: copia della cartella clinica dell'eventuale ricovero , referto del Pronto Soccorso, relazioni dei controlli specialistici eventualmente effettuati dopo la dimissione.
Alcool (revisioni o conferme per violazione art 186 CdS oppure storia di abuso/dipendenza da alcool 	<ul style="list-style-type: none"> - se prima visita copia della disposizione di revisione della patente e del verbale di accertamento della infrazione - esami ematochimici da effettuarsi presso il Centro Prelievi Ospedale di Pontedera almeno un mese prima della visita previa impegnativa fornita dalla Segreteria della Commissione *
Sostanze stupefacenti (revisioni o conferme violazione art 187 CdS / art 75 DPR 309/90) 	<ul style="list-style-type: none"> - se prima visita copia della disposizione di revisione della patente e del verbale di accertamento della infrazione; la Commissione stessa richiederà gli ulteriori esami - se visite successive alla prima per conferma della patente : esame tossicologico su matrice cheratinica da effettuarsi presso la Tossicologia Universitaria della AUOP almeno 25 gg prima della visita previa impegnativa fornita dalla Segreteria della Commissione *
Terapia antalgica con sostanze stupefacenti	<ul style="list-style-type: none"> - relazione specialistica su modello fornito dalla Segreteria della Commissione *
Patente NAUTICA in soggetti affetti da patologia o da minorazione degli arti	<p>Oltre alle certificazioni riguardanti le malattie di cui sopra, vista la specificità della modulistica ministeriale richiesta, SI PREGA DI CONTATTARE LA SEGRETERIA DELLA COMMISSIONE</p>

Per quanto non esplicitamente previsto e in ogni caso di dubbio si consiglia di consultare il medico curante.

- La documentazione deve essere **esibita in originale e in fotocopia**: la Commissione si riserva di trattenere la documentazione di interesse.
- Gli utenti seguiti in precedenza da un'altra Commissione Patenti dovranno presentare la copia del fascicolo sanitario presente presso la suddetta Commissione
- La Commissione ha comunque pieno titolo a richiedere ulteriori accertamenti, se ritenuto necessario.

* per RICHIESTE DI MODULISTICA MINISTERIALE E/O IMPEGNATIVE : INVIARE EMAIL A commissionepatenti.pisa@uslnordovest.toscana.it

RICHIESTA PERMESSO DI GUIDA PROVVISORIO

Qualora la patente di guida sia in scadenza o scaduta, i cittadini possono chiedere una proroga della validità fino al giorno della visita in Commissione. Il Permesso provvisorio di guida è subordinato alla prenotazione della visita di accertamento dei requisiti di idoneità psicofisica presso la Commissione medico Locale.

Resta preclusa la guida tra la data di scadenza della patente posseduta e quella di rilascio del permesso provvisorio.

Non possono ottenere il permesso provvisorio di guida coloro che devono sottoporsi a visita di revisione per violazione degli artt 186 , comma 8 (alcool) e/o 187, comma 6 (stupefacenti) del CDS e art.75 DPR/1990 (detenz. stupefacenti)

IL PERMESSO DI GUIDA PROVVISORIO PUÒ ESSERE RICHIESTO:

1. presso le **AUTOSCUOLE o STUDI DI CONSULENZA AUTOMOBILISTICA**
2. direttamente all' Ufficio della Motorizzazione Civile , previo pagamento di Euro 16,00 (DOMANDA IN BOLLO causale N019),
3. Presso la segreteria della Commissione Medica Locale di Pisa in Via Gentile da Fabriano 1a PISA (3° piano palazzina della Misericordia) il VENERDI' dalle 09.00 alle 11.00 previo APPUNTAMENTO sul sito " C'E POSTO www.ceposto.it
4. tramite e-mail all'indirizzo: ppg.pisa@uslnordovest.toscana.it.

IMPORTANTE: Se per email inviare tutti i documenti in formato PDF almeno 30 gg prima della scadenza della patente e indicare recapito telefonico. Inviare inoltre modello di richiesta PPG (vedi allegato)

Per ottenere il permesso, occorre presentare o inviare i seguenti documenti :

- ISTANZA DI RICHIESTA PPG FIRMATA
- FOGLIO PRENOTAZIONE da cui risulta la data della visita in Commissione patenti;
- COPIA TESSERA SANITARIA e COPIA PATENTE DI GUIDA
- PAGAMENTO DI Euro 16,00 da effettuare tramite PagoPA scaricando l'avviso di pagamento sul sito <https://www.ilportaledellautomobilista.it/web/portale-automobilista> tramite accesso con SPID selezionando causale **CODICE N019 (DOMANDA IN BOLLO)** - L'avviso di pagamento puo' essere pagato anche presso tabacchi, uffici post., postepay, homebanking, ecc

N.B.

Il permesso di guida provvisorio, unitamente alla prenotazione della visita sanitaria, dovrà essere allegato alla patente e consentirà al conducente di guidare fino alla data in cui è stato fissato l'accertamento sanitario.

Alla Segreteria della

Commissione Medico Locale

di _____

**Oggetto: Richiesta permesso provvisorio di guida per rinnovo di validità della patente presso
commissione medica locale**

La/il sottoscritta/o
nata/o il ____ / ____ / ____ a(prov.____)
e residente a.....(prov.____)
in via.....n.

CHIEDE

il rilascio del permesso provvisorio di guida di cui all'oggetto.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del d.P.R. 28.12.2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

di essere in possesso della patente di guida n.di cat.,

rilasciata in data ____ / ____ / ____ con scadenza in data ____ / ____ / ____ , inoltre di non aver presentato analoga richiesta di rilascio di permesso provvisorio presso altri uffici della motorizzazione/agenzie pratiche auto, di non aver prenotato altra visita medica presso commissione medica locale diversa da quella sopra indicata e di non aver in corso provvedimenti ostativi sulla patente di guida (revisione, sospensione, revoca, ritiro).

Allega:

- Fotocopia fronte-retro di documento di identità in corso di validità;
- ricevuta di Pagamento PAGOPA del portale dell'Automobilista , tariffa N019 di 16,00 €;
- fotocopia della prenotazione della visita in CML;
- fotocopia della tessera sanitaria;
- fotocopia della patente.

Data.....

La/I sottoscritta/o