

ALLA COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI DI GUIDA SEDE DI VIA FARINELLI 25, 10135 – TORINO

e-mail per i cittadini: prenotazione.cml@aslcittaditorino.it

e-mail per le agenzie/autoscuole: agenzie.cml@aslcittaditorino.it

telefono: 0115664048

Sezione riservata alla Commissione

Prot. n.	Sospeso il	/	/
Prenotato il	/	/	Ora
Spostato al	/	/	Ora
Note			

***Nella sezione sottostante devono essere indicati esclusivamente i recapiti personali dell'utente (telefono, e-mail e ogni altro recapito richiesto)**

Il sottoscritto/a **cognome:**.....**nome:**.....

Nato a.....il.....Codice fiscale.....

Residente a.....in via/corso.....n°.....CAP.....

Domiciliato a.....in via/corso.....n°.....CAP.....

(inserire nel domicilio l'indirizzo di spedizione della patente se diverso dalla residenza)

Carta di identità N°.....rilasciata da.....il.....scadenza il.....

Email.....n°cellulare.....

Patente: ☐ normale ☐ speciale (S) ☐ nautica

N°.....rilasciata da MCTC di.....in data.....scadenza il.....

Categoria:

AM	A1	A2	A	B1	B	BE	C1	C1E	C	CE	D1	D1E	D	DE	KB
----	----	----	---	----	---	----	----	-----	---	----	----	-----	---	----	----

CHIEDE di essere sottoposto a visita (barrare la casella con una "X")

☐ RINNOVO ☐ RINNOVO PATENTE SUPERIORE + ATTESTATO ANNUALE ☐ REVISIONE

☐ RILASCIO ☐ RICLASSIFICAZIONE ☐ CONVERSIONE ☐ DUPLICATO (furto/smarimento)

☐ SOLO ATTESTATO ANNUALE rilasciato in data.....scadenza il.....

firma che verrà stampata sulla patente di guida

Incollare fototessera
recente. Non
anteriore a 6 mesi
(su sfondo bianco)

FIRMARE DENTRO IL RETTANGOLO SENZA USCIRE DAI BORDI

Dichiaro di essere già stato visitato presso la Commissione Patenti di Torino ☐ NO ☐ Sì

Dichiaro di non avere giudizi in sospeso e di non essere stato dichiarato non idoneo presso altre Commissioni

***La documentazione sanitaria non deve essere anteriore a 6 mesi.**

***La certificazione neurologica per epilessia non anteriore a 3 mesi.**

***La visita diabetologica non anteriore a 3 mesi.**

Motivo della richiesta di visita in Commissione (barrare la casella che interessa con una "X")

barrare la casella che interessa con una "X"	NO	Sì	DOCUMENTAZIONE DA FORNIRE IL GIORNO DELLA VISITA
segnalazione per art. 186 alcol segnalazione per art. 187 sostanze stupefacenti	☐ ☐	☐ ☐	Esami prescritti all'atto della prenotazione (gli esiti saranno comunicati alla CML direttamente dal Centro Antidoping)
sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio Se Sì quali.....	☐	☐	Visita cardiologica + ecocardiogramma, in caso di pacemaker/defibrillatore anche il controllo
sussiste diabete Se Sì quali.....	☐	☐	Visita diabetologica su apposito modulo
soffre di epilessia o ha manifestato crisi epilettiche Se Sì specificare quando si è manifestata l'ultima.....	☐	☐	Certificazione neurologica su apposito modulo
sussistono patologie del sistema nervoso Se Sì quali.....	☐	☐	Visita neurologica
Sussistono malattie del sangue Se Sì quali.....	☐	☐	Visita specialistica
sussistono altre patologie endocrine Se Sì quali.....	☐	☐	Visita specialistica
sussistono turbe e/o patologie psichiche Se Sì quali.....	☐	☐	Visita psichiatrica con indicazione di diagnosi e terapia
fa uso di sostanze psicoattive Se Sì quali.....	☐	☐	Esami secondo impegnativa rilasciata
sussistono patologie del sistema respiratorio Se Sì quali.....	☐	☐	Visita specialistica
Sussiste sindrome delle apnee notturne Se Sì quali.....	☐	☐	Certificazione specialistica su apposito modulo
sussistono malattie dell'apparato uro-genitale Se Sì quali.....	☐	☐	Visita specialistica
sussistono patologie visive es: glaucoma, cheratocono ecc... Se Sì quali.....	☐	☐	Visita specialistica con campo visivo binoculare secondo Estermann
sussistono patologie uditive Se Sì quali.....	☐	☐	Certificazione della ditta produttrice in caso di protesi
sussistono patologie a carico degli arti Se Sì quali.....	☐	☐	Certificazione della ditta produttrice in caso di protesi
è invalido civile o del lavoro o di guerra o per servizio Se Sì specificare per quali malattie ed in quale misura %/Tab.....	☐	☐	Verbale d'invalidità

INFORMATIVA

Ai sensi del Regolamento Europeo n. 2016/679 del 27/04/2016 di seguito GDPR -
D.Lgs 196/2003 e s.m.i.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Io sottoscritto/a.....

presa visione e compreso il significato dell'**informativa estesa (*)** predisposta dall'ASL Città di Torino ai sensi del G.D.P.R. 2016/679, artt. 13 e 14 e ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs n. 196/2003 e s.m.i. sulla protezione dei dati, consapevole della necessità da parte dell'ASL Città di Torino di trattare, dietro mio esplicito e libero consenso, i dati personali, sensibili e giudiziari che mi riguardano per l'erogazione delle prestazioni di cui necessito PRESTO IL CONSENSO al trattamento dei miei dati personali, compresi i dati di cui all'art. 9 del predetto Regolamento (tra i quali quelli relativi alla mia salute).

(*) L'informativa estesa può essere scaricata dal sito dell'ASL Città di Torino

<https://www.aslcittaditorino.it/prestazioni/commissione-medica-locale-cml-ex-patenti-speciali/> o richiedi agli operatori del servizio. Ulteriori informazioni sul trattamento dei dati sono disponibili all'indirizzo <https://www.aslcittaditorino.it/privacy/>

DATA.....

FIRMA.....

Delega per la Gestione della Pratica

Io sottoscritto/a.....

DELEGO l'autoscuola/agenzia incaricata alla gestione della pratica sopra indicata, conferendole il mandato di svolgere, in mio nome e per mio conto, gli adempimenti amministrativi necessari.

L'utente prende atto che la **Commissione Medica Locale potrà contattarlo direttamente**, qualora ne abbia necessità, utilizzando i recapiti indicati nella sezione iniziale del presente modulo.

L'agenzia/autoscuola si impegna a comunicare alla Commissione Medica Locale i recapiti e gli altri dati di contatto forniti dall'utente.

Agenzia/Autoscuola: Timbro:

N° Tel/Cell:

Firma dell'incaricato/a:

Data:

Firma dell'utente:

**Documenti da inviare via e-mail (oltre al modulo compilato) esclusivamente in formato PDF.
Si declina ogni responsabilità per eventuali ritardi causati da domande incomplete e/o documenti non conformi ai requisiti richiesti.**

e-mail per i cittadini: prenotazione.cml@aslcittaditorino.it

e-mail per le agenzie/autoscuole: agenzie.cml@aslcittaditorino.it

IN CASO DI RINNOVO

- patente
 - codice fiscale/tessera sanitaria
 - **ultimo certificato medico con diagnosi/osservazioni (non la ricevuta di trasmissione), qualora l'ultima visita effettuata e conclusa sia stata svolta presso un'altra Commissione.**
 - ricevuta pagamento dei diritti di motorizzazione PagoPa – tariffa N004- RINNOVO PATENTE € 16,00 e € 10,20 mediante PagoPA
- *Vedi paragrafo sottostante ISTRUZIONI DEI DIRITTI DI MOTORIZZAZIONE CIVILE**

IN CASO DI CONSEGUIMENTO/RILASCIO

- carta d'identità
 - codice fiscale/tessera sanitaria
 - ricevuta pagamento dei diritti di motorizzazione PagoPa – tariffa N019- IMPOSTA DI BOLLO € 16,00 mediante PagoPA
- *Vedi paragrafo sottostante ISTRUZIONI DEI DIRITTI DI MOTORIZZAZIONE CIVILE**

<https://www.aslcittaditorino.it/prestazioni/commissione-medica-locale-cml-ex-patenti-speciali/>

IN CASO DI REVISIONE RICHIESTA DALLA PREFETTURA O DALLA MOTORIZZAZIONE

- carta d'identità
 - codice fiscale/tessera sanitaria
 - **decreto di revisione della Prefettura e/o provvedimento/lettera della Motorizzazione**
 - **ultimo certificato medico con diagnosi/osservazioni (non la ricevuta di trasmissione), qualora l'ultima visita effettuata e conclusa sia stata svolta presso un'altra Commissione.**
 - ricevuta pagamento dei diritti di motorizzazione PagoPa – tariffa N019- IMPOSTA DI BOLLO € 16,00 mediante PagoPA
- *Vedi paragrafo sottostante ISTRUZIONI DEI DIRITTI DI MOTORIZZAZIONE CIVILE**

IN CASO DI DUPLICATO PER SMARRIMENTO/FURTO

- carta d'identità
 - codice fiscale/tessera sanitaria
 - **denuncia di smarrimento/furto**
 - **ultimo certificato medico con diagnosi/osservazioni (non la ricevuta di trasmissione), qualora l'ultima visita effettuata e conclusa sia stata svolta presso un'altra Commissione.**
 - ricevuta pagamento dei diritti di motorizzazione PagoPa – tariffa N019- IMPOSTA DI BOLLO € 16,00 mediante PagoPA
- *Vedi paragrafo sottostante ISTRUZIONI DEI DIRITTI DI MOTORIZZAZIONE CIVILE**

IN CASO DI RICLASSIFICAZIONE D/DE → C/CE/B / C/CE → B

- patente
 - codice fiscale/tessera sanitaria
 - **ultimo certificato medico con diagnosi/osservazioni (non la ricevuta di trasmissione), qualora l'ultima visita effettuata e conclusa sia stata svolta presso un'altra Commissione.**
 - ricevuta pagamento dei diritti di motorizzazione PagoPa – tariffa N004- RINNOVO PATENTE € 16,00 + € 10,20 + tariffa N019- IMPOSTA DI BOLLO € 16,00 mediante PagoPA
- *Vedi paragrafo sottostante ISTRUZIONI DEI DIRITTI DI MOTORIZZAZIONE CIVILE**

Per il solo rilascio/rinnovo dell'attestato annuale della patente superiore non è previsto il pagamento dei diritti di motorizzazione.

Per il conseguimento/rinnovo della patente nautica o del KB/CAP non è previsto il pagamento dei diritti di motorizzazione, ma è richiesta una marca da bollo da 16 euro. (Acquistabile presso le Ricevitorie)

ISTRUZIONI DEI DIRITTI DI MOTORIZZAZIONE CIVILE

Il pagamento può essere effettuato in autonomia con SPID o CIE:

- Collegarsi al sito www.ilportaledellautomobilista.it
- Accedere tramite spid o carta d'identità elettronica
- Cliccare su ACCESSO AI SERVIZI (a sinistra)
- Selezionare PAGAMENTO PRATICHE ONLINE PAGOPA
- Cliccare su NUOVO PAGAMENTO
- Selezionare dalla tendina “SELEZIONA TARIFFA” **scegliere la tariffa sopra indicata**
- Cliccare AGGIUNGI PRATICA AL CARRELLO e seguire le istruzioni per il pagamento online.

In alternativa si può scegliere di stampare la cedola ed effettuare il pagamento presso es. Banche, Poste Italiane SpA, Ricevitorie, Agenzie e altri Istituti di pagamento abilitati

ATTENZIONE:

Chi non è in possesso di SPID o CIE può rivolgersi a un'agenzia di pratiche auto, a una delegazione ACI o a un'autoscuola per effettuare i pagamenti PagoPA relativi ai diritti di Motorizzazione. In alternativa, una persona in possesso di SPID o CIE può accedere al portale e generare gli avvisi di pagamento per conto dell'interessato.