



ALLA COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI
PROVINCIA DI CREMONA
ASST DI CREMONA

Il/la sottoscritto/a _____
 Nato/a _____ (provincia _____) il _____
 Residente a _____ Via _____
 Telefono _____

CODICE FISCALE: | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Identificato tramite: carta identità passaporto patente altro _____
 rilasciato da _____ di _____ il ___/___/___

titolare di patente di guida di categoria:

<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> nautica
<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> CIG	<input type="checkbox"/> speciale

rilasciata da _____ di _____ il ___/___/___
 Numero _____ con scadenza ___/___/___

CHIEDE

di essere sottoposto a visita per la patente di guida per

- Conferma validita' (allegare fotocopia patente e FOTOGRAFIA formato tessera su sfondo bianco altezza 40 mm larghezza 33 mm)
- Conseguimento (allegare FOTOGRAFIA formato tessera su sfondo bianco altezza 40 mm larghezza 33 mm)
- Rilascio duplicato (allegare fotocopia patente e FOTOGRAFIA formato tessera su sfondo bianco altezza 40 mm larghezza 33 mm)
- Revisione (allegare fotocopia decreto Prefettura/MCTC e FOTOGRAFIA formato tessera su sfondo bianco altezza 40 mm larghezza 33 mm)

Dichiaro di **AVERE** **NON AVERE** effettuato precedenti visite mediche per l' idoneita' alla guida presso altre CML su tutto il territorio nazionale.

In caso positivo segnalare la provincia della CML (_____) e produrre copia del verbale

Firma _____

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 in merito alle modalità di trattamento dei dati personali si fa riferimento all'informativa privacy esposta nei locali CML PATENTI



DELEGA

Il/la sottoscritto/a

Nato/a.....(provincia) il..... Delega il Sig./a

..... A rappresentarlo e assisterlo per lo
svolgimento della pratica sopra descritta.

Allego alla presente copia dei documenti di identità del delegante e del delegato.

Firma del delegante

**NOTA INFORMATIVA PER L'UTENTE CHE ACCEDE ALLA COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI (CML) ASST CREMONA****Devono accedere alla Commissione Medica Locale:**

- Persone per le quali è fatta richiesta di revisione dell'idoneità dal Prefetto o dall'Ufficio competente del Dipartimento per i trasporti terrestri (ad es. per abuso di alcool, di sostanze stupefacenti, per condizioni patologiche ritenute comunque potenzialmente pericolose per la guida);
- Mutilati e minorati fisici, titolari di patenti cosiddette "speciali" con necessità di adattamenti del veicolo o del guidatore;
- soggetti affetti da patologie, potenzialmente rischiose per la guida (come previsto dalla normativa vigente) tra cui:
 - malattie cardiovascolari (per categorie C/D/E/AK/BK o, per qualsiasi tipo di patente, in caso di portatori di protesi vascolari/ICD, trapianto cardiaco, gravi aritmie e patologie cardiache con scarso/labile compenso)
 - malattie respiratorie (casi gravi o complicati)
 - diabete mellito (per categorie C/D/E/AK/BK o per qualsiasi patente casi di diabete complicato e trattato con farmaci che possono indurre ipoglicemie gravi)
 - malattie endocrine (casi gravi o complicati)
 - epilessia
 - malattie neurologiche
 - OSAS sindrome apnee ostruttive del sonno
 - malattie psichiche
 - uso sostanze psicoattive
 - malattie del fegato (casi gravi o complicati)
 - patologie oncologiche (casi gravi o complicati)
 - malattie dell'apparato urogenitale (casi gravi o complicati)
 - patologie della vista (es. retinopatia diabetica, glaucoma, maculopatia, diplopia, cataratta)
 - patologie dell'udito
- ultrasessantacinquenni con patenti C (per la guida di autocarri di massa complessiva, a pieno carico, superiore a 3,5 t, autotreni ed autoarticolati, adibiti al trasporto di cose, la cui massa complessiva, a pieno carico, non sia superiore a 20 t, macchine operatrici);
- titolari di patenti superiori per il rilascio dell'attestato di idoneità nel caso che abbiano superato i limiti di età previsti (60 anni per i titolari di patenti D - D/E, 65 per i titolari di patenti C/E).

TIPOLOGIE DI VISITA IN CML PATENTI	DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE
<p><u>Conseguimento della patente (primo rilascio)</u></p>	<p>a) Patente di guida + Carta di identità + Codice fiscale o Tessera sanitaria b) 1 foto formato tessera c) Pagamento tramite Pago PA di ASST Cremona generato e consegnato dalla Segreteria CML</p> <ul style="list-style-type: none"> • 30,00 dal 01/02/2020 (per sedute ordinarie) • 40,00 dal 01/02/2020 per sedute patologie udito, • 50,00 dal 01/02/2020 per sedute per portatori di patologie motorie (Commissione per minorati degli arti) • 53,00 per patenti superiori <p>d) Pagamento di 16 euro attraverso Pago PA generato dal Portale dell'Automobilista (accesso tramite SPID) scegliendo tra le tariffe alla voce D1 (domanda in bollo) e) certificato anamnestico compilato dal medico di fiducia f) Documentazione medica specialistica relativa alle patologie da cui si è affetti (non antecedente di 3 mesi) ed eventuale altra documentazione sanitaria utile per la valutazione del caso. g) Certificato di rifrazione lenti per chi porta occhiali o lenti a contatto</p>



U.O. Medicina Legale

<p><u>Rinnovo (per scadenza)</u></p>	<p>a) Patente di guida + Carta di identità + Codice fiscale o Tessera sanitaria b) 1 foto formato tessera c) Pagamento tramite Pago PA di ASST Cremona generato e consegnato dalla Segreteria CML</p> <ul style="list-style-type: none"> • 30,00 dal 01/02/2020 (per sedute ordinarie) • 40,00 dal 01/02/2020 per sedute patologie udito, • 50,00 dal 01/02/2020 per sedute per portatori di patologie motorie (Commissione per minorati degli arti) • 53,00 per patenti superiori <p>c) Pagamento tramite PagoPA generato dal Portale dell'Automobilista (accesso tramite SPID) scegliendo tra le tariffe la 2s (rinnovo nazionale esclusa regione Sicilia): si generano due pagamenti, uno da 10,20 euro e uno da 16,00 euro d) Documentazione medica specialistica relativa alle patologie da cui si è affetti (non antecedente di 3 mesi) ed eventuale altra documentazione sanitaria utile per la valutazione del caso. d) Certificato di rifrazione lenti per chi porta occhiali o lenti a contatto</p>
<p><u>REVISIONE patente:</u> (es. guida in stato di ebbrezza da alcool o stupefacenti, incidenti stradali, invalidità civile)</p>	<p>a) Patente di guida + Carta di identità + Codice fiscale o Tessera sanitaria b) 1 foto formato tessera c) Pagamento tramite Pago PA di ASST Cremona generato e consegnato dalla Segreteria CML 30,00 dal 01/02/2020 (per sedute ordinarie)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 40,00 dal 01/02/2020 per sedute patologie udito, • 50,00 dal 01/02/2020 per sedute per portatori di patologie motorie (Commissione per minorati degli arti) • 53,00 per patenti superiori <p>d) Pagamento di 16 euro attraverso Pago PA generato dal Portale dell'Automobilista (accesso tramite SPID) scegliendo tra le tariffe alla voce D1 (domanda in bollo) e) Verbale di infrazione e/o di ritiro della patente e l'Ordinanza del Prefetto o della Motorizzazione Civile di presentarsi a visita presso la commissione medica f) Verbale invalidità civile con diagnosi g) Documentazione medica specialistica relativa alle patologie da cui si è affetti (non antecedente di 3 mesi) ed eventuale altra documentazione sanitaria utile per la valutazione del caso. h) Certificato (o attestato dell'ottico) del grado di correzione delle lenti per chi porta occhiali o lenti a contatto</p>

DOCUMENTAZIONE SANITARIA DA PRESENTARE

Le visite specialistiche richieste dalla CML possono essere eseguite presso Strutture pubbliche, private accreditate o presso privati purchè **con data non antecedente a 3 mesi** rispetto alla visita in CML, firmate e timbrate dal medico specialista.

Gli accertamenti per **EPILESSIA E DIABETE** devono essere eseguiti solo presso **medici del SSR su modello di certificato ministeriale.**

Gli esami ematochimici richiesti dalla CML possono essere svolti presso i Laboratori di strutture pubbliche o private accreditate di Regione Lombardia (circolare DGR Lombardia 8/9097 del 2009).

Tutte le visite specialistiche richieste dalla CML sono a carico dell'utente e non devono essere precedute da richieste del SSR (Medico di Medicina Generale o Medico Specialista). Si veda DGR 9097/2009 e seguenti.



U.O. Medicina Legale

TIPOLOGIA DI DOCUMENTAZIONE, VISITE SPECIALISTICHE, ESAMI DIVISI PER PATOLOGIA	
Affezioni cardiovascolari	<p>1. Relazione visita cardiologica con indicazione dello stato di compenso e con indicazione, ove prevista, della classe NYHA.</p> <p>2. Ecocardiogramma con F.E. (Frazione di Eiezione)</p> <p>3. Se impianto di Pacemaker: attestazione del corretto funzionamento (ultimo effettuato).</p> <p>4. Se impianto ICD (Defibrillatore cardiaco): attestazione del corretto funzionamento con indicazione di avvenute eventuali attivazioni nell'ultimo anno (ultimo effettuato).</p>
Diabete	<p>Certificato specialista diabetologo redatto su apposita modulistica ministeriale.</p> <p>a. Certificazione per diabete per patenti di guida categoria A, B</p> <p>b. Certificazione per diabete per patenti di guida categoria C, D, E</p>
Malattie del sistema nervoso centrale e periferico	Relazione visita neurologica.
Esiti traumi cranici	Relazione visita neurologica + ultimo EEG effettuato
Epilessia	<p>Relazione visita neurologica su apposita modulistica ministeriale con indicazione data ultima crisi comiziale e terapia assunta e posologia.</p> <p>a. Certificazione per epilessia per patenti di guida A, B, B+E</p> <p>b. Certificazione per epilessia per patenti C, C+E, D, D+E</p>
Malattie psichiche e uso di psicofarmaci	Relazione visita psichiatrica con indicazione della terapia assunta e posologia
Dialisi o trapianto renale	Relazione visita nefrologica con indicazione dello stato di compenso
Sindrome da apnee ostruttive notturne (OSAS)	<p>1. Relazione di specialista di struttura pubblica, su apposito stampato, attestante un adeguato controllo della sintomatologia presentata con relativo miglioramento della sonnolenza diurna</p> <p>2. Certificazione per apnee ostruttive notturne (OSAS)</p>
Patologie apparato visivo (es. retinopatia, maculopatia, glaucoma, diplopia, ecc.)	<p>1. Relazione visita oculistica per controllo acuità visiva.</p> <p>2. Campo Visivo binoculare 120° (patenti AM-A-B) o 160° (patenti superiori) con grafico e referto, visione binoculare,</p> <p>3. FOO, sensibilità all'abbagliamento e relativo tempo di recupero, sensibilità al contrasto, visione crepuscolare</p>
Deficit dell'udito	Se uso di protesi esame audiometrico più certificato del costruttore in data non anteriore a tre mesi che attesti l'efficienza della protesi.



U.O. Medicina Legale

Alcol - stupefacenti	La Commissione richiede l'effettuazione di accertamenti ematochimici e/o accertamenti tossicologici.
	Accertamenti ematochimici (esami del sangue): emocromo – transaminasi – gamma GT e CDT (Transferina Desialata - ETILGLUCURONIDE SU CAPELLO/PELO TORACICO)
	Accertamenti tossicologici: in caso di pregresso uso di sostanze stupefacenti o per violazione dell'art. 187 del codice della strada (guida in stato di ebbrezza per uso di sostanze stupefacenti), debbono sottoporsi all'esame del capello e esame urine.
	1.Gli esami tossicologici su capello/pelo pubico (per stupefacenti) o capello/pelo toracico (per alcol) e su urine (per stupefacenti) richiesti dalla CML possono essere effettuati presso i laboratori regionali accreditati dalla DGR 8/9097 del 2009.
	2.L'utente, se lo richiede all'ufficio, può effettuare gli esami tossicologici anche prima della visita in CML. In tale caso la prescrizione degli esami sarà effettuata a cura di un Dirigente Medico della UO di Medicina Legale e sarà necessariamente estesa a tutti i metaboliti delle sostanze stupefacenti e psicotrope previsti (costo di circa 300 euro). Al momento della prescrizione e dell'esecuzione dell'esame, <u>l'utente deve avere capelli della lunghezza di 6 cm per gli stupefacenti e da 3 a 6 cm per l'alcol e, al momento del prelievo, non deve presentare trattamenti cosmetici (es. decolorazioni, permanente), gel o gommina, pena la nullità dell'esame con necessità di ripetizione.</u> Si allega elenco dei Laboratori Regionali accreditati.

La richiesta di rinnovo della patente deve essere presentata **almeno 4 mesi prima** della scadenza della stessa, al fine di poter garantire una continuità del rinnovo.

1. **INFORMATIVA PER LA FOTOGRAFIA (come da prot. 23176/8.3 del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti del 20/10/2016):**

- La fotografia deve essere: formato tessera (dim. 40-45 mm di altezza per 32-35 mm di larghezza)
- immagine frontale con unico soggetto e viso non inclinato: deve mostrare interamente la testa e la sommità delle spalle; con sfondo chiaro; a colori; senza occhi rossi ;con occhi sempre visibili: senza lenti colorate, con montature di occhiali leggere che non coprono gli occhi ;recente: non più vecchia di 6 mesi

Nota copricapo: è ammesso solo per motivi religiosi ma deve comunque permettere di mostrare completamente il viso.

2. I bollettini di versamento intestati al Dipartimento Trasporti Terrestri necessari per la conferma di validità della patente possono presentare delle anomalie quando vengono caricati sul Portale dell'Automobilista. La Segreteria CML si fa carico di intervenire presso il MIT per risolvere il disagio. Nel caso in cui questo non sia possibile, sarà necessario richiedere un DUPLICATO con ulteriori costi a carico dell'utente (versamento imposta di bollo da 16,00 euro su cc postale 4008).

3. **Permesso di guida provvisorio:** Qualora non fosse possibile effettuare la visita entro il periodo di validità del documento, la Motorizzazione Civile, verificata la possibilità ed escluso i casi previsti dal comma 8 art. 186 e dal comma 6 art. 187 del C.d.S. (ordinanza di sospensione del Prefetto), può rilasciare un permesso di guida provvisorio valevole sino alla data dell'accertamento medico in Commissione. **Tale permesso è concedibile solo mediante apposita procedura online del Dipartimento Trasporti Terrestri previa presentazione della lettera con la data di convocazione a visita.** Il permesso provvisorio di guida non può essere rilasciato: se al momento della prenotazione la patente è già scaduta o se la visita è stata richiesta dalla Prefettura per guida sotto l'effetto di alcool o stupefacenti.

Modalità di ricorso

Avverso il giudizio della CML l'utente può fare ricorso entro 120 gg all'Unità Sanitaria Territoriale della Rete Ferroviaria Italiana SPA. In alternativa, esiste anche la possibilità di esperire direttamente ricorso al TAR o ricorso straordinario al Capo dello Stato.

Data _____

Firma utente per presa visione e accettazione: _____

**COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI**

AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto /a _____

Nato/a a _____ (_____) il _____

il quale informato, in relazione agli stati patologici di seguito elencati, che in caso di dichiarazione mendace si provvederà, salvo che non si configuri altra ipotesi di reato, a sottoporre, ai sensi degli articoli 128, 129 e 130 del Codice della Strada così come modificati dagli articoli 9, 10 e 11 del D.P.R. 19 aprile 1994 n° 575, a revisione la patente di guida con conseguente revoca o sospensione della stessa,

DICHIARA:

sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
se Sì, quali		
Sussiste diabete	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
se Sì, specificare se insulinodipendente		
sussistono altre patologie endocrine	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
se Sì, quali		
sussistono turbe e/o patologie psichiche	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
se Sì, quali		
fa uso di sostanze psicoattive	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
se Sì, quali		
sussistono patologie del sistema nervoso	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
se Sì, quali		
soffre di epilessia o ha manifestato crisi epilettiche	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
se Sì specificare quando si è manifestata l'ultima		
sussistono malattie dell'apparato uro-genitale	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
se Sì, quali		
sussistono patologie visive	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
se Sì quali		
sussistono patologie uditive	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
se Sì quali		
sussiste Sindrome delle Apnee Notturme (OSAS MODERATA/SEVERA)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
in terapia con		
ha avuto precedenti infrazioni per violazione <input type="checkbox"/> art. 186 CdS <input type="checkbox"/> art. 187 CdS	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
se Sì, indicare la data		
è invalido (indicare il punteggio percentuale)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> civile <input type="checkbox"/> INAIL <input type="checkbox"/> di guerra <input type="checkbox"/> per servizio		

Data _____

Firma dell'interessa/a _____

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 in merito alle modalità di trattamento dei dati personali si fa riferimento all'informativa privacy esposta nei locali CML PATENTI



Si certifica, sulla scorta dei dati anamnestici e clinici in mio possesso,

che il Sig./la Sig.ra _____

C.F. _____

da me in cura **da più** / **da meno** (cancellare la voce che non interessa) **di un anno**,

presenta / **non presenta** (cancellare la voce che non interessa) **pregresse condizioni morbose**

che possono costituire un rischio attuale per la guida, in riferimento a:

Apparato cardio-circolatorio: (se si specificare diagnosi)	SI	NO
Diabete mellito	SI	NO
Sistema endocrino: (se si specificare diagnosi)	SI	NO
Sistema neurologico: (se si specificare diagnosi)	SI	NO
Patologie psichiche: (se si specificare diagnosi)	SI	NO
Epilessia	SI	NO
Condizioni di dipendenza da : alcol / sostanze stupefacenti e psicotrope: (cancellare la voce che non interessa)	SI	NO
Apparato uro-genitale: Insufficienza renale grave	SI	NO
Sangue ed organi emopoietici: Sindromi emofiliche, linfomi o leucemie in trattamento (specificare)	SI	NO
Apparato osteo-articolare: gravi alterazioni anatomiche o funzionali	SI	NO
Organi di senso: gravi patologie visive evolutive	SI	NO

Data

Timbro del Medico

(con indicazione eventuale specializzazione posseduta e numero regionale se medico di assistenza primaria)

Firma del Medico