



# A.S.L. NO

Azienda Sanitaria Locale di Novara  
Sede Legale: viale Roma, 7 – 28100 Novara  
P.IVA 01522670031 - [www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

S.C. Medicina Legale -ASL NO  
viale Roma, 7 – 28100 Novara  
Tel. 0321 374412 – fax 0321 374331  
email: [commissione.patenti@asl.novara.it](mailto:commissione.patenti@asl.novara.it)

## ALLA COMMISSIONE MEDICA LOCALE DELL'ASL DI NOVARA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

E-MAIL (scrivere in stampatello) \_\_\_\_\_

titolare di patente n° \_\_\_\_\_ categoria \_\_\_\_\_

Indicare se la patente (in caso di rinnovo) deve essere inviata a un indirizzo diverso da quello di residenza:

località \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

1) ALLEGARE FOTOCOPIA, LEGGIBILE, DELLA PATENTE O IN ASSENZA DI PATENTE (PERCHÉ SOSPESA, SMARRITA O NON ANCORA CONSEGUITA) ALLEGARE UNA FOTOCOPIA DELLA CARTA D'IDENTITÀ' E DEL CODICE FISCALE.

2) COMPILARE E ALLEGARE LA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO ANAMNESTICO

3) ALLEGARE LA RICEVUTA DEL PAGAMENTO DOVUTO.

### Dal 14/2/22 i pagamenti, relativi alle patenti, devono avvenire col sistema PAGOPA:

1. **Collegarsi al Portale dell'Automobilista e accedere tramite SPID o CIE** (carta d'identità elettronica) selezionare "ACCESSO AI SERVIZI" e poi "PAGAMENTO PRATICHE ONLINE"

Per il **rinnovo patente** il codice di pagamento è: **N004 (rinnovo patente)**

Per tutte le **altre pratiche** (revisione, conseguimento, declassamento, riclassifica, conversione, duplicato) il codice di pagamento è: **N019 (imposta di bollo)**

2. **In alternativa, ci si può rivolgere ad un'Agenzia di pratiche auto, all'ACI o a un'Autoscuola.**

**C H I E D E** di essere sottoposto/a a visita medica presso codesta Commissione per:

RINNOVO PATENTE

RILASCIO/RINNOVO ATTESTATO

REVISIONE PATENTE: disposta dalla Motorizzazione (allegare copia del provvedimento di revisione)

REVISIONE PATENTE: disposta dalla Prefettura (allegare copia dell'ordinanza di sospensione della patente)

REVISIONE PATENTE: (non idoneo all'ultima visita in Commissione)

REVISIONE SPONTANEA: (L'utente, se necessario, può richiedere una revisione della propria patente)

DUPLICATO PATENTE: allegare copia della denuncia di smarrimento o furto della patente.

CONSEGUIMENTO PATENTE CATEGORIA.....(se si richiede il conseguimento in seguito a revoca della patente allegare copia dell'ordinanza di revoca)

DECLASSAMENTO patente  RICLASSIFICA patente  CONVERSIONE patente estera

PORTO D'ARMI PER:  DIFESA PERSONALE  SPORT E CACCIA  SOLA DETENZIONE  
(allegare fotocopia di un documento di riconoscimento valido e, se in possesso, fotocopia del porto d'armi)

#### SOLO PER LE PATENTI

INCOLLATE IN QUESTO

RIQUADRO UNA FOTO

RECENTE FORMATO

PASSAPORTO.

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO ANAMNESTICO**

DA COMPILARE A CURA DEL PAZIENTE PRIMA DI PRENOTARE LA VISITA – LA FIRMA VERRÀ APPOSTA IN CORSO DI VISITA

Il sottoscritto /a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, in relazione agli stati patologici sotto elencati, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 e di quanto stabilito dall'art. 75 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i, in caso di dichiarazioni mendaci, di fornire tutte le informazioni in sua conoscenza utili a definire il suo stato di salute.

- 1. Soffre di patologie a carico dell'apparato cardio-circolatorio?**  NO  SI  
Se SI specificare quali \_\_\_\_\_
- 2. Ha il diabete mellito?**  NO  SI  
Se SI specificare se:  non insulino-dipendente  insulino-dipendente
- Ha complicanze relative al diabete?**  NO  SI  
Se SI specificare quali \_\_\_\_\_
- 3. Ha altre patologie endocrine?**  NO  SI  
Se SI specificare quali \_\_\_\_\_
- 4. Soffre di patologie del sistema emopoietico?**  NO  SI  
Se SI specificare quali \_\_\_\_\_
- 5. Soffre di patologie a carico dell'apparato urogenitale?**  NO  SI  
Se SI specificare quali \_\_\_\_\_
- 6. Soffre di patologie a carico dell'apparato osteo-articolare e muscolare?**  NO  SI  
Se SI specificare quali \_\_\_\_\_
- 7. Soffre di patologie della vista?**  NO  SI  
Se SI specificare quali \_\_\_\_\_
- 8. Ha problemi di udito?**  NO  SI  
Se SI specificare quali \_\_\_\_\_
- 9. Ha patologie a carico del sistema nervoso?**  NO  SI  
Se SI specificare quali \_\_\_\_\_
- 10. Soffre di Epilessia?**  NO  SI  
Se SI specificare di che tipo \_\_\_\_\_
- 11. Soffre di turbe e/o patologie psichiche?**  NO  SI  
Se SI specificare di che tipo \_\_\_\_\_
- 12. Fa o ha fatto ricorso a sostanze psicoattive?**  NO  SI  
Se SI specificare se l'uso è:  in atto  pregresso  
Inoltre, specificare se si tratta di:  alcool  stupefacenti  sostanze psicotrope (psicofarmaci)
- 13. Soffre di Sindrome delle Apnee Notturme (OSAS)?**  NO  SI  
Se SI specificare se usa apparecchi notturni (tipo CPAP)  NO  SI
- 
- 14. ALTRE PATOLOGIE:** \_\_\_\_\_
- 15. Ha una invalidità riconosciuta (Civile, INPS, INAIL, L. 104/92...)?**  NO  SI  
Se SI specificare la percentuale \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_