ASL TERAMO
www.asl teramo.it

MODULO RICHIESTA PRESTAZIONI MEDICO - LEGALI

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____,
il _____ residente a _____,
Via _____ n.____, domiciliato/a
_____, Via _____ n. _____
c/o _____

CHIEDE

di essere sottoposto a visita medico-legale per (barrare la voce che interessa):

- ☐ IDONEITA' PATENTE GUIDA PER CONFERMA
- ☐ IDONEITA' PATENTE GUIDA PER RILASCIO CAT. ☐ AM ☐ A1 ☐ A2 ☐ A ☐ B ☐C ☐ D
- ☐ IDONEITA' PATENTE NAUTICA
- ☐ IDONEITA' DETENZIONE ARMI
- ☐ IDONEITA' PORTO D'ARMI PER L'ESERCIZIO DELLO SPORT DEL TIRO A VOLO
- ☐ IDONEITA' PORTO D'ARMI PER USO DIFESA PERSONALE
- ☐ IDONEITA' PORTO FUCILE PER USO DI CACCIA
- ☐ ESONERO CINTURE DI SICUREZZA
- ☐ RILASCIO CONTRASSEGNO PARCHEGGIO
- ☐ IDONEITA' CESSIONE DEL V° DELLO STIPENDIO
- ☐ IDONEITA' ADOZIONE MINORI (*)

(*) Effettuabili solo c/o l'U.O.C. di Medicina Legale, Necroscopica e Risk Management Via C. Battisti,7 Teramo.

Si **allegano** l'attestazione dell'avvenuto pagamento dei diritti d'ufficio e la documentazione richiesta.

Teramo, lì ___ /____/ _____

Firma

PRENOTAZIONE A CURA DELLA SEGRETERIA

APPUNTAMENTO PER IL GIORNO: ____ /____ /_____ ORARIO: _____

Addetto alla Reception

_____

N.B. per l 'utente: In caso di impossibilità, la prenotazione va disdetta per via telefonica

AUSL 4 TERAMO

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLA SUSSISTENZA DI PRECEDENTI MORBOSI

Il/la Sig.re/ra

_____

(Cognome) (Nome)

Nato/a a _____

(Comune) (Prov.) (giorno) (mese) (anno) (Tel.)

Soffre o ha sofferto di **malattie dell'apparato cardiocircolatorio** (ad es.: ipertensione/infarto miocardio/angina presenza di pace maker/aritmia/defibrillatore/aneurisma/endocardite, pregresso intervento cardiaco di by-pass, protesi valvolari, trapianto cardiaco, etc.)? **Se sì, quali?**	SI	NO
Soffre o ha sofferto di **russamento? Se sì, specificare:** ☐ **Abituale** (tutte le notti) ☐ **Persistente** (da almeno sei mesi) ☐ **Con apnee** (pause respiratorie)	SI	NO
Soffre o ha sofferto di **sindrome delle apnee notturne? Se si, utilizza un dispositivo CPAP?** ☐ Si ☐ No Da quando e per quante ore a notte?	SI	NO
Soffre o ha sofferto di **diabete? Se sì, in terapia con:** ☐ **regime dietetico** ☐ **ipoglicemizzanti orali** ☐ **insulina**	SI	NO
Soffre o ha sofferto di **malattie endocrine** (ad es.: della tiroide, ipofisi, surrene)? **Se sì, quali?**	SI	NO
Soffre o ha sofferto di **malattie del sistema nervoso centrale o periferico** (ad es.: morbo di Parkinson, encefalite, sclerosi multipla, miastenia grave, malattie del sistema nervoso associate ad atrofia muscolare progressiva e/o disturbi miotonici, attacchi ischemici transitori, ictus, decadimento cognitivo, stato di coma, neuropatie degli arti, postumi invalidanti di traumatismi del sistema nervoso centrale o periferico. etc.)? **Se sì, quali?**	SI	NO
Soffre o ha sofferto di **epilessia? Se sì, specificare quando si è manifestata l'ultima crisi:** **gg/mm/anno.....in terapia con**.....	SI	NO
Soffre o ha sofferto di **malattie psichiche** (ad es.: ansia, depressione, psicosi, disturbi della personalità, allucinazioni, etc.)? **Se sì, quali?**	SI	NO
Fa uso attuale o ha fatto uso in passato, di **sostante psicoattive?** **Se sì, quali?** ☐ **Droghe** ☐ **Psicofarmaci** ☐ **Alcool** (anche solo occasionale alla guida) **È seguito dal SER.D. o da Nucleo Operativo di Alcoologia** ☐ Si ☐ No **Se sì, indicare sede e da quale data è stato / è cura**	SI	NO
Soffre o ha sofferto di **malattie del sangue** (ad es.: leucemia, policitemia, anemia, trombocitosi, piastrinopenia, etc.)? **Se sì, quali?**	SI	NO
Soffre o ha sofferto di **malattie dell'apparato urogenitale** (ad es.: glomerulonefrite, insufficienza renale, etc.)? **Se sì, quali?** ..... **È in trattamento dialitico?** ☐ Si ☐ No **Ha effettuato trapianto renale?** ☐ Si ☐ No	SI	NO
È affetto da **malattie dell'apparato visivo** (ad es.: glaucoma, retinopatia, maculopatia, cheratocono, etc.)? **Se sì, quali?** ..... Utilizza ☐ **occhiali da vista** ☐ **lenti a contatto?**	SI	NO
Ha subito **interventi chirurgici agli occhi?** **Se sì, quali?**	SI	NO
È affetto da **malattie dell'apparato uditivo** (ad es.: ipoacusia, sordità, etc.)? **Se sì, quali?** ..... Utilizza **protesi acustiche?** ☐ **Orecchio Dx** ☐ **Orecchio Sn**	SI	NO
Soffre o ha sofferto di **altre patologie?** Ha subito **incidenti stradali? Infortuni sul lavoro? Traumi accidentali?** **Se sì, quali?**	SI	NO
Ha **subito ricoveri ospedalieri?** **Se sì, indicare epoca e malattie riscontrate** (eventuali interventi chirurgici)	SI	NO
Ha in corso **terapie farmacologiche** di qualsiasi tipo? **Se sì, specificare quali farmaci**	SI	NO
È **invalido Civile** (oppure per cause di Lavoro, di Guerra, di Servizio)? **Se sì, indicare la percentuale di invalidità**	SI	NO
È stato mai **visitato da una Commissione Medica Locale Patenti?** **Se sì, di quale Provincia?**	SI	NO

Data.....

Firma del/la dichiarante .....

Firma del genitore (se minore) .....

(Avvertenze: barrare con una "x" la casella corrispondente)

Nel caso di dichiarazioni mendaci si provvederà a sottoporre a revisione la patente di guida con conseguente revoca della stessa, ai sensi degli art.128/129/130 Codice della Strada, salvo che non si configuri ipotesi di reato.

CONSENSO (art. 7)

Premesso che il presente modello integra l'informativa, di cui si dichiara di avere preso visione, il sottoscritto_____nato_____i l_____/_____/____, residente a_____ in via _____ C.F. _____, in qualità di diretto interessato o esercente la responsabilità genitoriale / la tutela / la curatela/ l'amministrazione di sostegno sul soggetto beneficiario servizio richiesto,

_____

(Nome e Cognome)

acquisite le informazioni di cui all'informativa fornita ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679, consapevole che il trattamento riguarderà dati personali e particolari categorie di dati personali (rispettivamente artt. 4.1 e 9 del Reg. UE 2016/679) che riguardano "l'origine razziale o etnica, le convinzioni religiose o filosofiche, dati genetici, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona",

AUTORIZZA

- Il trattamento di tali dati personali per fini di ricontatto paziente per eventuali comunicazioni a mezzo SMS – telefono al numero: _____

  ☐ SI ☐ NO ☐ REVOCA (se precedentemente prestato)

- Il trattamento di tali dati personali per fini di ricontatto, comunicazioni al paziente a mezzo email non cifrata all'indirizzo: _____@_____

  ☐ SI ☐ NO ☐ REVOCA (se precedentemente prestato)

- Che sia data comunicazione in ordine al proprio stato di salute alle sotto indicate persone:

  ☐ a nessuno

  ☐al proprio medico curante _____

  ☐a _____

  ☐ SI ☐ NO ☐ REVOCA (se precedentemente prestato)

Firma dell'Interessato *(anche per presa visione dell'informativa estesa)*_____

Data_____ Documento di riconoscimento tipo _____

n. _____ rilasciato da _____ Data _____/_____/_____

RINNOVO E CONSEGUIMENTO PATENTE DI GUIDA

PER LE CATEGORIE A-B (*)

- Versamento di € 35,00 con modalità PagoPA
- Versamento di € 16,00 con modalità PagoPA
- Versamento di € 10,20 con modalità PagoPA (solo per rinnovo)
- N. 1 fotografia formato tessera recente (non oltre tre mesi)
- Codice fiscale
- Se portatori di occhiali o lenti a contatto: certificato del grado di rifrazione delle lenti
- Modulistica di richiesta, autocertificazione e trattamento dati compilata in ogni sua parte (si rammenta che le dichiarazioni mendaci sono perseguibili penalmente)
- Documento di riconoscimento valido
- Certificato anamnestico medico curante (solo per conseguimento e per il rinnovo in caso di ultraottantenni)

PER LE CATEGORIE C E SUPERIORI (*)

- Versamento di € 45,00 con modalità PagoPA
- Versamento di € 16,00 con modalità PagoPA
- Versamento di € 10,20 con modalità PagoPA (solo per rinnovo)
- N. 1 fotografia formato tessera recente (non oltre tre mesi)
- Codice fiscale
- Se portatori di occhiali o lenti a contatto: certificato del grado di rifrazione delle lenti
- Modulistica di richiesta, autocertificazione e trattamento dati compilata in ogni sua parte (si rammenta che le dichiarazioni mendaci sono perseguibili penalmente)
- Documento di riconoscimento valido

PATENTE NAUTICA

- Versamento di € 45,00 con modalità PagoPA
- Marca da bollo di € 16,00
- N. 1 fotografia formato tessera recente (non oltre tre mesi)
- Codice fiscale
- Se portatori di occhiali o lenti a contatto: certificato del grado di rifrazione delle lenti
- Modulistica di richiesta, autocertificazione e trattamento dati compilata in ogni sua parte (si rammenta che le dichiarazioni mendaci sono perseguibili penalmente)
- Documento di riconoscimento valido
- Certificato anamnestico del medico curante

(*) Se affetti da diabete mellito, certificato di idoneità per il rinnovo patente rilasciato dal competente centro diabetologico

ISTRUZIONI PER CREARE LE RICEVUTE DI PAGAMENTO PAGOPA

RINNOVO PATENTE

A) VERSAMENTI DI 10,20 E 16,00

1) Collegarsi al sito: www.ilportaledell'automobilista.it
2) In alto a destra della schermata, cliccare su "Accedi al portale"
3) Selezionare "Accedi con le credenziali SPID o CIE"
4) Effettuare il login con SPID o CIE
5) Sul menu a sinistra della schermata, selezionare "Accesso ai servizi" e "Pagamento pratiche online PagoPa"
6) Selezionare "Nuovo Pagamento"
7) Selezionare la tariffa "N004 Rinnovo Patente"
8) Cliccare su "Aggiungi Pratica al Carrello", confermare "Aggiungi"
9) Visualizzare il carrello e confermare 2 volte, controllando i dati del soggetto che effettua il pagamento
10) Visualizzare i pagamenti, cliccare sulla casella + e stampare gli avvisi di pagamento.

B) VERSAMENTO DI € 35,00 O € 45,00

1) Collegarsi al sito www.pagora.regione.abruzzo.it
2) In alto a destra della schermata, cliccare su "Accedi" ed effettuare l'accesso con SPID o CIE
3) Nel menu "Seleziona una sezione", selezionare "Effettua un pagamento"
4) Compilare il riquadro "Dati del Servizio", inserendo le seguenti voci:

TERRITORIO: Provincia di Teramo

ENTE: Azienda Sanitaria Locale 4 Teramo

SERVIZIO: DSS Atri Patente di guida monocratico (scegliendo il tipo di patente AB oppure CDE)

5) Compilare il riquadro "Dati del pagamento", inserendo le seguenti voci:

CAUSALE: Rinnovo o conseguimento patente

EURO: importo da pagare

6) Compilare il riquadro "Dati del soggetto pagatore", con tutti i dati richiesti riferiti al soggetto interessato
7) Nella pagina successiva, controllare i dati e cliccare su GENERA AVVISO.

CONSEGUIMENTO PATENTE

Per il versamento da € 16,00: Eseguire la medesima procedura descritta al paragrafo A) dal punto 1) al punto 6), ma selezionare la tariffa "N019 – Imposta di bollo", poi "Aggiungi Pratica al Carrello", confermare "Aggiungi"; visualizzare il carrello, confermare controllando i dati del soggetto che effettua il pagamento; Visualizzare i pagamenti, cliccare sulla casella + e stampare gli avvisi di pagamento.

Per il versamento di € 35 o € 45: seguire la procedura descritta al paragrafo B.