

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, li ___/___/_____

Firma

PRENOTAZIONE A CURA DELLA SEGRETERIA

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

Addetto alla Reception

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLA SUSSISTENZA DI PRECEDENTI MORBOSI



Il/la Sig.re/ra

Nato/a a _____ (Cognome) _____ (Nome)
 _____ (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: <input type="checkbox"/> Abituale (tutte le notti) <input type="checkbox"/> Persistente (da almeno sei mesi) <input type="checkbox"/> Con apnee (pause respiratorie)	SI	NO
Soffre o ha sofferto di sindrome delle apnee notturne ? Se sì, utilizza un dispositivo CPAP? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Da quando e per quante ore a notte?	SI	NO
Soffre o ha sofferto di diabete ? Se sì, in terapia con: <input type="checkbox"/> regime dietetico <input type="checkbox"/> ipoglicemizzanti orali <input type="checkbox"/> 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 sostanze psicoattive? Se sì, quali? <input type="checkbox"/> Droghe <input type="checkbox"/> Psicofarmaci <input type="checkbox"/> Alcool (anche solo occasionale alla guida) È seguito dal SER.D. o da Nucleo Operativo di Alcoologia <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> 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?	SI	NO
È in trattamento dialitico? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Ha effettuato trapianto renale? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
È affetto da malattie dell'apparato visivo (ad es.: glaucoma, retinopatia, maculopatia, cheratocono, etc.)? Se sì, quali?	SI	NO
Utilizza <input type="checkbox"/> occhiali da vista <input type="checkbox"/> lenti a contatto?		
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?	SI	NO
Utilizza protesi acustiche? <input type="checkbox"/> Orecchio Dx <input type="checkbox"/> Orecchio Sn		
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.

 ASL TERAMO www.aslteramo.it	Regione Abruzzo Informativa/Consenso UOC MEDICINA LEGALE, NECROSCOPICA, RISK MANAGEMENT ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679	Documento: INF/CONS UOC MED. LEG. Revisione n.: 3.2 Data Emissione: 10.05.2022
GDPR		

CONSENSO (art. 7)

Premesso che il presente modello integra l'informativa, di cui si dichiara di avere preso visione, il sottoscritto _____ nato _____ i _____/_____/_____, 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 o presso le casse CUP ASL Teramo
- 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 (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.

CONSEGUIMENTO PATENTE (VERSAMENTO DI 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 "N019 – Imposta di bollo"
- 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.

VERSAMENTO DI € 35,00 O € 45,00 (IN ALTERNATIVA, IL PAGAMENTO PUÒ ESSERE ESEGUITO PRESSO LE CASSE CUP ASL TERAMO)

- 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.