

## **E' opportuno presentare la richiesta circa 5 mesi prima della scadenza della patente.**

Stampare i moduli allegati:

- “RICHIESTA DI VISITA IN COMMISSIONE”
- “DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO ANAMNESTICO”

**Compilare la richiesta di visita in Commissione**, firmarla e allegare:

- una foto recente formato passaporto,
- la fotocopia della patente ( se sprovvisti di patente perché sospesa, revocata o non ancora conseguita, allegare una fotocopia di un documento di riconoscimento e del codice fiscale)
- **il pagamento dovuto** ( vedi informazioni utili per il pagamento, in fondo alla pagina)
- allegare, inoltre, copia di eventuali provvedimenti di revisione, sospensione o revoca disposti dalla Motorizzazione o dalla Prefettura.
- In caso di smarrimento o furto, allegare copia della denuncia.

**Compilare la Dichiarazione sostitutiva del certificato anamnestico** rispondendo a tutte le domande.

Tutta la documentazione richiesta va consegnata, anche da un delegato, allo **sportello della Medicina Legale di Novara in viale Roma 7, Palazzina A (temporaneo ingresso C5):**

**Il Lunedì o il Mercoledì dalle ore 14,00 alle ore 15,15.**

**Oppure si può spedire**, attraverso la posta ordinaria o raccomandata, al Servizio di Medicina Legale dell'ASL di Novara in viale Roma 7 – (28100) Novara. Se viene indicato un indirizzo email la prenotazione verrà inviata attraverso la posta elettronica.

### **NOTA BENE**

#### **IL PAGAMENTO DOVUTO:**

Dal 14 Febbraio 2022 non si possono più pagare i bollettini su c/c 4028 e c/c 9001.

#### **I PAGAMENTI DEVONO AVVENIRE COL SISTEMA PAGOPA:**

Collegandosi al Portale dell'Automobilista e accedendo tramite **SPID** o **CIE** (carta d'identità elettronica), selezionare le voci di menù “**ACCESSO AI SERVIZI**” e poi “**PAGAMENTO PRATICHE ONLINE PAGOPA**” e selezionare la tariffa della pratica di proprio interesse:

Per **RINNOVO PATENTE** il codice di pagamento è: **N004 (RINNOVO PATENTE)** importi: €10,20 + €16,00

Per **LE ALTRE PRATICHE** (revisioni, conseguimenti, declassamenti, riclassifiche, conversioni di patenti estere, duplicati) il codice di pagamento è: **N019 (IMPOSTA DI BOLLO)** importo: € 16,00

I versamenti possono essere effettuati direttamente sul Portale dell'Automobilista con carta di credito, di debito, etc, oppure, dopo aver stampato, dal Portale dell'Automobilista, l'avviso di pagamento (**IUV**), si può pagare in Banca, in Posta o presso gli esercenti convenzionati.

Le istruzioni dettagliate sono presenti nella **GUIDA NUOVO SISTEMA DI PAGAMENTI PAGOPA** presente sullo stesso sito.

**In alternativa ci si può rivolgere ad un'agenzia di pratiche auto, all'ACI o a un'autoscuola.**



# 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 VERRA' APPOSTA IN CORSO DI VISITA

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

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

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

**sotto la propria responsabilità, in relazione agli stati patologici sotto elencati**

(In caso di dichiarazione mendace si provvederà a sottoporre a revisione la patente di guida con conseguente revoca o sospensione della stessa ai sensi degli art 128-129-130 del codice della strada, così come modificati dagli artt. 9-10-11 del D.P.R. 19/4/1994 n° 575, salvo che non si configuri ipotesi di reato):

**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 \_\_\_\_\_