

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 (ingresso A3):**

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

S.C. Medicina Legale -ASL NO

viale Roma, 7 – 28100 Novara
Tel. 0321 374412 – fax 0321 374331
email: commissione.patenti@asl.novara.it

ALLA COMMISSIONE MEDICA LOCALE DELL'ASL DI NOVARA

II/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.**

CHIEDI 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 _____



A.S.L. NO
Azienda Sanitaria Locale

S.C. Medicina Legale

Via.le Roma,7- 28100 Novara

Tel. 0321374412 fax 0321374331

email: commissione.patenti@asl.novara.it

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 _____