

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

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 _____