

**Modulo per prenotazione di visita presso la  
Commissione Medica Locale Patenti di Guida**

**[commissionemedicalocale@asltagliari.it](mailto:commissionemedicalocale@asltagliari.it)**

Telefono 070.6096336 dalle ore 12.00 alle ore 13.00 – Lunedì-Martedì-Mercoledì-Venerdì

**Il presente modulo correttamente compilato, in stampatello, in tutte le sue parti, può essere  
utilizzato in allegato alla richiesta di prenotazione via e-mail**

Richiesta di rilascio del certificato di idoneità alla guida al fine del / della:

CONSEGUIMENTO ☐      DUPLICATO ☐      CONFERMA VALIDITÀ (rinnovo) ☐

REVISIONE ☐      RICLASSIFICAZIONE/DECLASSAMENTO ☐ della patente di guida.

Il /la Sig. \_\_\_\_\_

nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ recapiti telefonici \_\_\_\_\_

indirizzo e-mail (\*) \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

patente n° \_\_\_\_\_ cat. \_\_\_\_\_ rilasciata il \_\_\_\_\_

da \_\_\_\_\_ scadenza validità \_\_\_\_\_

C. Identità n° \_\_\_\_\_ rilasciata il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

Codice fiscale																	
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Specificare il motivo per cui si richiede l'accertamento (patologia / minorazione / altro):

Altezza \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

Ha già effettuato in passato visite presso questa Commissione Medica Patenti?      SI      NO

Usa occhiali o lenti a contatto durante la guida?      SI      NO

data \_\_\_\_\_

**ALLEGARE:**

- Copia della notifica del provvedimento di revisione (di M.C.T.C. o Prefettura);
- Copia della patente di guida e documento d'identità;
- Copia verbale di riconoscimento dell'invalidità civile e/o handicap (se posseduto);

*Ai sensi del D.Lgs. del 30.06.03 n° 196, nonché Aut. n° 2/30.06.2004, s'informa che tutti i dati personali inerenti al la S.V. che sono stati acquisiti da questa struttura sanitaria, in relazione alle prestazioni richieste, saranno trattati in ossequio alla normativa vigente e alle regole deontologiche. Si rammenta inoltre che le modalità e le procedure adottate da questa sede sono attuate in conformità delle disposizioni emanate dal Codice della Strada*

**(\*) Si precisa che la nota di conferma della prenotazione può contenere dati sensibili.**

**S.S.D. Medicina Legale**

**Direttore : Dott.ssa Milena Mocco**

Via Romagna 16 - Pad. D - 09127 Cagliari

Segreteria CMLO Tel. 070/6096336

mail : [commissionemedicalocale@asltagliari.it](mailto:commissionemedicalocale@asltagliari.it)