



Dipartimento Strutturale della Prevenzione
S.C. Medicina Legale
Loc. Amerique, 7/L – 11020 Quart (AO)
pec: medicinalegale@pec.ausl.vda.it

AZIENDA USL
VALLE D'AOSTA

UNITÉ SANITAIRE LOCALE
VALLÉE D'AOSTE

ISTANZA DI CONSEGUIMENTO / RINNOVO / REVISIONE / RICLASSIFICAZIONE

presso la COMMISSIONE MEDICA LOCALE

Patenti di guida

Il presente modulo deve pervenire alla Segreteria della S.C. Medicina Legale COMPILATO IN
OGNI SUA PARTE e deve essere trasmesso esclusivamente tramite una delle seguenti modalità:

- pec: medicinalegale@pec.ausl.vda.it
- posta raccomandata A/R
- consegna a mano in Segreteria dalle 8:30 alle 12:00 il MARTEDÌ e il GIOVEDÌ

IO SOTTOSCRITTO/A

COGNOME _____ NOME _____

Nato/a a _____ prov. _____ Stato _____

Data di nascita ____/____/____ Cellulare _____

CODICE FISCALE _ _ _ _ _

PEC _____

e-mail _____

DATI PATENTE (se posseduta)

Numero _ _ _ _ _

Rilasciata il ____/____/____

Scadenza il ____/____/____

Rilasciata da _ _ _ _ _

CATEGORIE:

☐ AM ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D

☐ BE ☐ CE ☐ DE ☐ KB

☐ PATENTE SPECIALE

DATI CARTA D'IDENTITA'

Numero _ _ _ _ _

Rilasciata il ____/____/____

Scadenza il ____/____/____

Rilasciata dal Comune di

Provincia _ _ _ _ _

N.B. In caso di smarrimento del documento allegare alla presente la denuncia.

DICHIARO

di essere residente a _____ prov. _____
via/fraz. _____ n. _____ CAP _____

di essere domiciliato/a (indicare solo se diverso dalla residenza)

a _____ prov. _____
via/fraz. _____ n. _____ CAP _____

☐ di essere già utente di questa Commissione Medica Locale.

☐ di essere al 1° passaggio in CML

☐ **per conseguimento**

☐ **per revisione**

☐ Motorizzazione Civile

☐ Sanzione amministrativa

☐ **per rinnovo** in Commissione Medica Locale per

☐ età (pat.superiore)

☐ patologia (in quest'ultimo caso è indispensabile

che Lei alleggi all'istanza la documentazione sanitaria utile a documentare il Suo attuale stato di salute; in assenza di tale doc. sanitaria la sua richiesta non potrà essere presa in carico).

☐ di aver effettuato l'ultimo rinnovo/revisione presso altra CML. In tal caso, sono consapevole di dover trasmettere in allegato alla presente istanza la documentazione in possesso dell'ultima Commissione Medica presso cui mi sono sottoposto/a a visita (per l'ottenimento di questa documentazione è necessario effettuare una richiesta di accesso agli atti presso la ASL competente).

☐ **di essere consapevole che, in assenza della documentazione richiesta (inviata in allegato alla presente), l'istanza non potrà essere considerata valida.**

NOTE (scrivere eventuali note aggiuntive che possano essere di interesse per la CML): _____

CHIEDO

DI ESSERE SOTTOPOSTO A VISITA PRESSO LA COMMISSIONE MEDICA LOCALE PER: (indicare con una crocetta la scelta corretta)

- **CONSEGUIMENTO DI PATENTE oppure ○ CONVERSIONE DI PATENTE ESTERA** della CATEGORIA: ☐AM ☐A ☐B ☐C ☐D ☐BE ☐CE ☐DE ☐KB ☐SPECIALE
A tal fine allego alla presente istanza:
 - Copia della patente (se posseduta di categoria diversa rispetto al conseguimento)
 - Carta d'identità
 - Dichiarazione dei precedenti morbosì compilata***
- **RINNOVO** a tal fine allego alla presente istanza:
 - Copia della patente
 - Dichiarazione dei precedenti morbosì compilata***
- **RINNOVO DOPO NON IDONEITA'** a tal fine allego alla presente istanza:
 - Copia della carta d'identità
 - Dichiarazione dei precedenti morbosì compilata***
- **REVISIONE CHIESTA DA MOTORIZZAZIONE CIVILE** a tal fine allego alla presente istanza:
 - Copia della patente
 - Provvedimento revisione idoneità psicofisica notificato dalla Motorizzazione Civile
 - Dichiarazione dei precedenti morbosì compilata***
 - Tutta la documentazione sanitaria utile a documentare il proprio stato di salute
 - Verbale di invalidità civile (se posseduto)
- **REVISIONE / REVOCA PER SANZIONE (Art. 186 – Art. 187 – Azzeramento punti patente)** a tal fine allego alla presente istanza:
 - Copia della patente (se posseduta)
 - Copia carta d'identità
 - Provvedimento di revisione per sanzione notificato dalla Prefettura
 - Dichiarazione dei precedenti morbosì compilata***
- **RICLASSIFICAZIONE** della CAT. ☐AM ☐A ☐B ☐C ☐D ☐BE ☐CE ☐DE ☐KB ☐SPECIALE
a CAT. ☐AM ☐A ☐B ☐C ☐D ☐BE ☐CE ☐DE ☐KB ☐SPECIALE
A tal fine allego alla presente istanza:
 - Copia della patente
 - Dichiarazione dei precedenti morbosì compilata***
- **ATTESTATO ANNUO** a tal fine allego alla presente istanza:
 - Copia della patente
 - Copia dell'attestato (se posseduto)
 - Dichiarazione dei precedenti morbosì compilata***

L'Azienda U.S.L. Valle d'Aosta, in qualità di titolare del trattamento, tratterà i Suoi dati per le finalità previste ex artt. 13-14 Reg.to UE 679/2016 pubblicate sul sito internet www.ausl.vda.it sezione Privacy, nella informativa dedicata alle attività medico-legali.

***La Dichiarazione dei precedenti morbosì che dovrà compilare ed inviare in allegato alla presente è reperibile al seguente link: <https://www.ausl.vda.it/chi-siamo/dipartimento-della-prevenzione/medicina-legale/struttura-complessa-di-medicina-legale>

Data

Firma del richiedente

ISTRUZIONI ALLA COMPILAZIONE:

1. Dove trovare i dati sulla Patente e sulla Carta d'Identità?



1. Numero Unico Nazionale (costituisce il numero di carta)
2. Comune di rilascio del documento
3. Informazioni personali (Cognome, Nome, Sesso, Statura, Luogo e Data di nascita)
4. Cittadinanza
5. Data di emissione e Data di scadenza

2. A chi fare riferimento per le REVISIONI disposte dalla Motorizzazione Civile?

contattare l'ufficio situato Loc. Grand Chemin, 46

Mail: patenti@regione.vda.it

Tel: 0165 272999

3. A chi fare riferimento per la REVISIONI disposte dalla Prefettura?

Contattare l'ufficio sanzioni amministrative

situato in Via Ollietti, n.3

Mail: sanzioniamministrative@regione.vda.it

Tel: 0165 275712