

ds34.uoml@aslnapoli3sud.it
ds34.visitefiscali.@pec.aslnapoli3sud.it
Tel. 081 5509407-33-35-42

UOS CURE PRIMARIE
- Settore Medicina Legale

RICHIESTA DI CERTIFICAZIONE MEDICA utile ai fini del rilascio del CONTRASSEGNO INVALIDI per persone con DEAMBULAZIONE SENSIBILMENTE RIDOTTA (art. 381 del DPR 16/12/1992, n. 495) ed ai sensi della DGRC 1167 su BURC n. 58 del 9/11/2005.

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____ prov. _____

E residente in _____ tel. _____

Al fine di ottenere la certificazione medica di riconoscimento dello stato di "deambulazione sensibilmente ridotta", da allegare alla domanda per il rilascio del contrassegno invalidi (contrassegno H) per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide (art. 381 del D.P.R. 495/92 e s.m.), da presentare al Comune di residenza. Dichiaro di essere informato che, per i titolari di patente di guida di veicoli, il riscontro di infermità tali, per natura ed entità da far sorgere dubbi sulla persistenza dei requisiti psico-fisici per l' idoneità alla guida dei veicoli, comporta la segnalazione all'Ufficio Provinciale della Motorizzazione Civile, per i provvedimenti previsti dall'art. 128 del vigente Codice della Strada (revisione della patente di guida). A tale scopo, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la formazione e l'uso di atti falsi o l'esibizione di atti contenenti dati non più rispondenti a verità, sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (articolo 76 del Decreto Presidente Repubblica n. 445 del 28 dicembre 2000),

DICHIARA

- Di NON essere titolare di patente di guida
- Di essere titolare di patente di guida n. _____ rilasciata il _____
- Di impegnarsi ad esibire in visione, in occasione della visita medico-legale, tutta la documentazione medica originale, utile alla valutazione del caso
- Di essere informato, ai sensi dell'art. 13 del d.lgs 196/03 recante disposizioni a tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali, che i dati forniti, saranno trattati nel rispetto degli obblighi di legge.

Pertanto, **ACCONSENTE** **NON ACCONSENTE** al trattamento dei dati personali e sensibili.

ALLEGA

Copia del documento d'identità in corso di validità, Copia della patente di guida (se titolare), Ricevuta di versamento della tariffa di cui al tariffario regionale vigente, per il rilascio di certificazioni medico-legali

Portici, _____

Firma

In qualità di curatore/tutore/amministratore di sostegno, allegare documento d'identità e atto di nomina del tribunale. All'atto del ritiro: in caso di ritiro in qualità di persona delegata, allegare delega firmata del richiedente (oppure del tutore/curatore/amministratore di sostegno) e documento d'identità, in copia, del delegato e del delegante.

All'atto del ritiro:

Portici, _____

Firma
