

COMMISSIONE MEDICA LOCALE c/o AZIENDA USL 2 LUCCA

Ospedale Campo di Marte - 55100 Lucca

Direttore Prof Massimo Martelloni

Segreteria Tel. 0583449859 Lunedì, Martedì, Giovedì ore 9.00/12.00 Fax

0583449866 E-mail: commissione.patenti@usl2.toscana.it

Appuntamenti

per accesso diretto allo sportello Martedì e Giovedì ore dalle ore 8.30 alle 11,30

per telefono 0583449860 il Mercoledì dalle ore 8.30 alle 11.30

Il/La Sottoscritto/a
nato/a a Il nazionalità
residente in Via N..... telefono
documento di riconoscimento N°
rilasciata da il

Chiede a codesta Commissione di essere sottoposto/a a visita per:

(Avvertenze: barrare con una X la casella corrispondente)

- Conseguimento della patente categ.
- Rinnovo patente categ "" **Normale** **Speciale** N.....
rilasciata da MCTC/Prefettura di il
con scadenza
- Revisione patente categ. "" **Normale** **Speciale**
richiesta da MCTC/Prefettura di per
- Duplicato patente categ. "" **normale** **speciale**

A tal fine dichiara, sotto sua personale responsabilità di presentare le seguenti patologie:

(Avvertenze: barrare con una X la casella corrispondente alla patologia)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Patologie cardiache | <input type="checkbox"/> Cardiomiopatia dilatativa |
| <input type="checkbox"/> Patologie valvolari | <input type="checkbox"/> Impianto di defibrillatore |
| <input type="checkbox"/> Patologie vascolari | |
| <input type="checkbox"/> Diabete mellito | <input type="checkbox"/> Patologie endocrine |
| <input type="checkbox"/> Patologie psichiatriche | <input type="checkbox"/> Epilessia |
| <input type="checkbox"/> Altre patologie neurologiche | <input type="checkbox"/> Patologie del sangue |
| <input type="checkbox"/> Patologie urogenitali | <input type="checkbox"/> Patologie oculistiche |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma, deficit campi metrico | <input type="checkbox"/> Portatore di lenti a contatto |
| <input type="checkbox"/> Portatore protesi acustica | <input type="checkbox"/> Portatore di protesi o di ortesi |
| <input type="checkbox"/> Uso di stupefacenti | <input type="checkbox"/> Abuso di alcool |
| <input type="checkbox"/> Sordi totali o parziali | |
| <input type="checkbox"/> Affetto da minorazioni anatomiche o funzionali a carico degli arti o della colonna vertebrale | |

Lucca, _____

Firma _____