

**COMMISSIONE MEDICA LOCALE presso AZIENDA USL 2 LUCCA**

Viale Giusti, 537- 55100 Lucca

Direttore Prof Massimo Martelloni

Coordinamento amministrativo Telef 0583449859 Lunedì, Martedì, Giovedì ore 9.00/13.00 Fax 0583449866

e.mail: commissione.patenti@usl2.toscana.it

**Appuntamenti:**

per **accesso diretto allo sportello**: Martedì e Giovedì ore 8.30 - 12.30

per **telefono** 0583 449 860 il Mercoledì ore 8.30 - 13.30

Il/La Sottoscritto/a ..... nato/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"/> Cardiopatia dilatativa - 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 \_\_\_\_\_