



U.O.C MEDICINA LEGALE, FISCALE E NECROSCOPICA

TEL.0935-520416-0935-520462

mail: medicinalegale.enna@asp.enna.it

Pec: medicinafiscale.enna@pec.asp.enna.it

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ Prov. _____ Il _____

residente a _____ Via _____ n° _____

patente/doc. riconoscimento n° _____

rilasciato da _____ Il _____

Codice fiscale N. _____ Cell. _____

CHIEDE

Il rilascio di certificato medico legale da servire per _____

A) Dichiaro altresì di essere riconosciuto invalido _____ in data _____

B) Di non avere alcuna invalidità

Enna lì _____

Il richiedente _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(art.7 Reg. UE n. 679/2016 e D.Lgs. n. 101/2018)

Io sottoscritto:

Nome _____ Cognome _____ nato a _____ il _____

residente in _____ Via _____ n. _____

C.F. _____

Documento di riconoscimento _____

In qualità di diretto interessato o esercente la potestà genitoriale/la tutela/la curatela/l'amministrazione di sostegno su:

Nome _____ Cognome _____ nato a _____ il _____

C.F. _____ residente in _____ via _____ n. _____

<input type="checkbox"/>	Esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali;
<input type="checkbox"/>	Non esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali

<input type="checkbox"/>	Esprimo il consenso alla comunicazione dei miei dati ad altri soggetti, secondo quanto indicato nella presente informativa
<input type="checkbox"/>	Non esprimo il consenso alla comunicazione dei miei dati ad altri soggetti, secondo quanto indicato nella presente informativa

<input type="checkbox"/>	Esprimo il consenso al trattamento delle categorie particolari dei miei dati personali
<input type="checkbox"/>	Non esprimo il consenso al trattamento delle categorie particolari dei miei dati personali

<input type="checkbox"/>	Esprimo il consenso al trattamento delle seguenti categorie particolari dei miei dati personali
<input type="checkbox"/>	Non esprimo il consenso al trattamento delle seguenti categorie particolari dei miei dati personali

- nel caso di esercenti la potestà:

il genitore presente dichiara che l'altro genitore esercente la potestà sul minore è informato e acconsente al trattamento dei dati personali.

- nel caso di impossibilità dell'interessato a prestare il consenso per incapacità, anche temporanea;

il soggetto che autorizza il trattamento dati (familiare, convivente, responsabile di struttura) si impegna, non appena l'interessato sia in grado di prestare autonomamente il consenso, a comunicargli di averlo prestato in sua vece e della possibilità di revocarlo.

DATA _____

FIRMA _____

* Possono sottoscrivere i soggetti di età maggiore di 14 anni ex D.Lgs. n. 101/2018.

DICHIARAZIONE DA FIRMARE IN PRESENZA DEL MEDICO ESAMINATORE

IL/LA sottoscritto _____
 nato a _____ prov. _____ il ____/____/_____
 residente a _____ prov. _____
 in via/piazza _____ n° _____
 nell'ambito dell'accertamento medico legale dell'idoneità psicofisica

DICHIARA

In relazione agli stati patologici di seguito elencati che sussistono patologie di:

Apparato cardio-circolatorio: se si quali	si	no
Apparato respiratorio: se si quali	si	no
Diabete Mellito: se si specificare se insulino dipendente	si	no
Patologie endocrine: se si quali	si	no
Patologie neurologiche: se si quali	si	no
Patologie psichiatriche se si quali	si	no
Uso di sostanze psicoattive: se si quali	si	no
Epilessia o ha manifestato crisi epilettiche: se si specificare quando si è manifestata l'ultima	si	no
Malattie del sangue: se si quali	si	no
Apparato urogenitale: se si quali	si	no
Altre patologie non comprese nel presente elenco: specificare	si	no
E' stato riconosciuto invalido se si indicare il tipo di invalidità, INPS, INAIL etc...	si	no

DATA _____

Firma

In caso di dichiarazione mendace si provvederà a sottoporre a revisione la patente di guida con consegna revoca o sospensione della stessa ai sensi degli art. 128 e 130 del Codice della strada, così come modificati dagli art. 9,10 e 11 del D.P.R 19/04/1994 n° 575, salvo che non si configuri ipotesi di reato.

(*) barrare il caso che interessa

Causale: RINNOVO E/O RILASCIO IDONEITA' GUIDA NATANTI

- Diritti Sanitari euro 35,00 da prenotare al CUP e pagare al CUP o Lottomatica con pagopay o CBILL tramite banca utente o App. cellulare. **COD. AM118**
- Marca da bollo di 16,00 euro;

Causale: RINNOVO E/O RILASCIO PORTO D'ARMI FUCILE

- Certificato anamnestico medico curante;
- Diritti sanitari euro 30,00 da prenotare al CUP e pagare al CUP o Lottomatica con pagopay o CBILL tramite banca utente o App. cellulare.. **COD.AM115**
- Marca da bollo da 16,00 euro.

Causale: RINNOVO E/O RILASCIO PORTA D'ARMI PISTOLA

- Certificato anamnestico medico curante;
- Diritti sanitari euro 30,00 da prenotare al CUP e pagare al CUP o Lottomatica con pagopay o CBILL tramite banca utenteo App. cellulare. **COD. AM115**

Causale: CESSIONE V° STIPENDIO

- Diritti sanitari 22,00 euro da prenotare al CUP e pagare al CUP o Lottomatica con pagopay o CBILL tramite banca utente o App. cellulare. **COD. AM122**

Causale: IDONEITA' PSICO-FISICA

- Diritti sanitari 65,00 euro da prenotare al CUP e pagare al CUP o Lottomatica con pagopay o CBILL tramite banca utente o App. cellulare. **COD. AM120**

Causale: SANA E ROBUSTA COSTITUZIONE

- Diritti sanitari 22,00 euro da prenotare al CUP e pagare al CUP o Lottomatica con pagopay o CBILL tramite banca utente o App. cellulare. **COD. AM121**

Causale: VISITA MEDICO-COLLEGALE

- Diritti sanitari 224,00 euro da prenotare al CUP e pagare al CUP o Lottomatica con pagopay o CBILL tramite banca utente o App. cellulare. **COD. AM139**

Causale: TEMPI DI REAZIONE SEMPLICI E COMPLESSI

- Diritti sanitari 16,00 euro su da prenotare al CUP e pagare al CUP o Lottomatica con pagopay o CBILL tramite banca utente o App. cellulare. **COD. AM128**

Causale: TEST VIGILANZA

- Diritti sanitari 16,00 euro su da prenotare al CUP e pagare al CUP o Lottomatica con pagopay o CBILL tramite banca utenteo App. cellulare. **COD. AM129**

Causale: IDONEITA' CONDUZIONE GENERATORE A VAPORE + GAS TOSSICI

- Diritti sanitari 65,00 euro da prenotare al CUP e pagare al CUP o Lottomatica con pagopay o CBILL tramite banca utenteo App. cellulare. **COD. AM119**