

**COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI**

EMAIL: [commissione.patenti.exASUITS@asugi.sanita.fvg.it](mailto:commissione.patenti.exASUITS@asugi.sanita.fvg.it) – pec: asugi@certsanita.fvg.it -tel. 040/399.5238

**Documentazione da portare o inviare SOLO per prenotare visita per rilascio dei seguenti certificati: conversione,riclassificazione , conseguimento,revisioni,patenti estere.(NO CONFERME VALIDITA' )**

- Documento identità e/o passaporto **ORIGINALE** + **FOTOCOPIA** della stessa fronte/retro,
- Se in possesso, **PATENTE** originale + Fotocopia della stessa fronte/retro
- **SEMPRE ORIGINALE** del **PROVVEDIMENTO** della **MOTORIZZAZIONE e/o PREFETTURA** .
- **MODULO** (da consegnare al momento della prenotazione della visita) – vedi retro ;

Barrare motivazione presso la CML:

- Patologie specificare \_\_\_\_\_
- Violazione art 186 del Cds.
- Violazione art 187 del Cds.
- Altro \_\_\_\_\_

- **1 FOTO** La foto deve essere sempre **NUOVA** e **RECENTE** ( *massimo 6 mesi*)+ **firma nel riquadro** (vedi nel modulo)
- **PAGAMENTO** del c/c prestampato n. 4028 di Euro 16,00 intestato a: Dipartimento Trasporti Terrestri - Imposta di Bollo;

**I BOLLETTINO POSTALE prestampato è** reperibile presso gli Uffici Postali sparsi sul territorio o alla Motorizzazione Civile.

**ATTENZIONE**

**Caratteristiche Generali Fotografie** (circolare foto 23176/8.3 del 20/10/2016)

La dimensione della foto deve essere 40/45 mm di altezza x 32/35 di larghezza.

Lo sfondo deve essere uniforme, di preferenza grigio chiaro crema o celeste oppure bianco **(contrasto tra lo sfondo e l'abbigliamento)**.

La foto deve essere del tipo "*Immagine frontale*", sguardo rivolto verso l'obiettivo e deve mostrare interamente la testa e la sommità delle spalle.

La testa deve essere centrata verticalmente.

L'espressione deve essere neutra, ed il soggetto deve avere la bocca chiusa e gli occhi ben visibili e aperti.

Non ci devono essere ombre sul viso e sullo sfondo.

La foto deve essere a fuoco e chiaramente distinguibile, stampata su carta di qualità ad alta risoluzione, non deve essere danneggiata o avere scritte.

**Non sono ammessi occhiali o lenti colorate**

**MODULO R**

**MODULO PER LA PRENOTAZIONE DELLA VISITA**

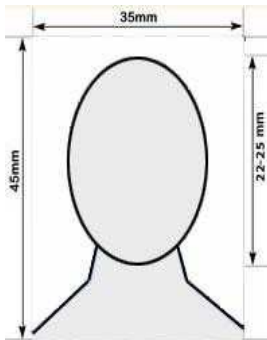
SPAZIO RISERVATO  
ALL'UFFICIO

DATA FISSATA PER LA VISITA

N° CARTELLA IN ARCHIVIO

N° PROTOCOLLO

--	--	--



Incollare la  
fototessera  
nell'apposito spazio

FIRMARE ALL'INTERNO DEL RIQUADRO

COGNOME

NOME

LUOGO E DATA DI NASCITA

NUMERO TELEFONO

INDIRIZZO EMAIL

ANNO ESECUZIONE ULTIMO TEST ERGOVISIVO