



Sig./ra ZAMBRANO MERCHANCANO ANDY  
BADY  
VIA AGOSTINO DE PRETIS, 53  
MILANO (MI)  
Cap 20142

Oggetto: rilascio del certificato di idoneità per

CONFERMA DELLA PATENTE DI GUIDA / NAUTICA

La SV dovrà presentarsi il giorno 23/02/2023 alle ore 13.50 (appuntamento n.2) presso la SEDE di VIA MONTEMARTINI, 9/B - 20139 MILANO.

**con i seguenti documenti:**

- ☐ La patente di guida/nautica e documento d'identità valido
- ☐ I diritti sanitari pari a € 63,00 potranno essere pagati tramite **BANCOMAT da effettuarsi il giorno della visita**, BONIFICO: IBAN IT 14 J 03111 01603 000000034867 intestato ad ASST FBF Sacco (da effettuare **NON PRIMA DI 20 GIORNI DALLA DATA DELLA VISITA INDICANDO IL CODICE FISCALE E IL NOMINATIVO DEL SOGGETTO CHE EFFETTUA LA VISITA**) o pagamento tramite ccp 55793202 - causale pagamento visita presso III CML
- ☐ Scheda per la dichiarazione dei precedenti morbosì (da compilarsi su nostro apposito modulo)
- ☐ **DOCUMENTAZIONE SANITARIA IN ORIGINALE E IN COPIA** relativa alle patologie di cui si è affetti, rilasciata da struttura pubblica o privata accreditata
- ☐ Verbale di invalidità civile, o del lavoro, o di guerra, in originale e in **copia**;
- ☐ Se in uso PROTESI ACUSTICA certificato di corretto funzionamento da parte della ditta Costruttrice;
- ☐ Se in uso occhiali correttivi
- ☐ Presentarsi muniti di propria penna personale
- ☐ Ricevuta pagamento diritti MCTC di 16,00 € effettuato tramite PAGOPA. Il pagamento dovrà essere effettuato con accesso mediante SPID o CIE al sito [www.ilportaledellautomobilista.it](http://www.ilportaledellautomobilista.it) (dopo l'accesso selezionare home, cliccare su accesso ai servizi e infine su pagamento pratiche online PagoPa)
- ☐ Ricevuta pagamento diritti MCTC di € 10,20 effettuato tramite PAGOPA. Il pagamento dovrà essere effettuato con accesso mediante SPID o CIE al sito [www.ilportaledellautomobilista.it](http://www.ilportaledellautomobilista.it) (dopo l'accesso selezionare home, cliccare su accesso ai servizi e infine su pagamento pratiche online PagoPa)
- ☐ n.1 fotografia formato tessera

Può spostare o disdire l'appuntamento comunicandolo alla segreteria tramite mail al seguente indirizzo [commissionepatenti.montemartini@asst-fbf-sacco.it](mailto:commissionepatenti.montemartini@asst-fbf-sacco.it) o telefonicamente al numero . al n. 02.6363.4974 (lunedì/martedì/giovedì/venerdì) orario 9,00-12,00

**Si informa la S.V. che**

- la mancata comunicazione di assenza alla visita, comporterà la riprogrammazione di nuova data di visita, se richiesta, senza nessuna priorità.
- la mancata presentazione della documentazione sanitaria necessaria ai fini della valutazione di idoneità, sia richiesta in allegato alla presente, sia riferita alle patologie di cui la S.V. dovesse risultare affetto comporterà la sospensione della pratica.

MILANO, 24/02/2022

Il Responsabile del procedimento  
ALEO DR. MASSIMO

Il responsabile dell'istruttoria MASSIMO ALEO

---

**ASST FATEBENEFRATELLI SACCO**

III COMMISSIONE MEDICA LOCALE

Sede di Via Montermartini, n. 9 - 20139

e-mail: [commissionepatenti.montemartini@asst-fbf-sacco.it](mailto:commissionepatenti.montemartini@asst-fbf-sacco.it) - C.F. e P.IVA 09319690963

Prenotazioni on-line: - <https://commissionemedicalocale.asst-santipaolocarlo.it>

**DICHIARAZIONE DEI PRECEDENTI MORBOSI**  
(DA CONSEGNARE AL MOMENTO DELLA VISITA MEDICA)

Il/La Sig./ra **ZAMBRANO MERCHANCANO ANDY BADY** Codice fiscale **ZMBNYB92T06Z605W**

Nato/a a **ECUADOR** il **06/12/1992**

Residente in **MILANO (MI)**

**VIA AGOSTINO DE PRETIS, 53 MILANO (MI)** - Andyzambrano44@gmail.com - Tel.3206758454 - Cell.

**CARTA DI IDENTITA'** numero **CA28566FY** rilasciato da **COMUNE DI MILANO** il **20/01/2020**

**NELL'AMBITO DELL'ACCERTAMENTO MEDICO LEGALE PER LA VALUTAZIONE DELL'IDONEITÀ PSICOFISICA PER**

**CONFERMA DELLA PATENTE DI GUIDA**

**X Normale**

**Speciale**

**Categoria: B C**

**DICHIARA, IN RELAZIONE AGLI STATI PATOLOGICI SOTTO INDICATI CHE: (barrare con una X SI o NO)**

Soffre, o ha mai sofferto, di <b>MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO</b> ? ( <i>pressione alta anche se normalizzata da farmaci, pregresso infarto, angina, intervento cardiocirurgico, intervento di by-pass, aneurisma, aritmie, impianto di pace maker o di defibrillatore (ICD), sostituzione di valvola cardiaca, ecc.</i> )? Se SI, SPECIFICARE QUALI E DA QUANDO: .....	SI	NO <b>X</b>
Soffre, o ha mai sofferto, di <b>RUSSAMENTO</b> rumoroso ed abituale? Se SI, da quanto tempo? ..... Si addormenta frequentemente durante il giorno? .....	SI	NO <b>X</b>
Soffre, o ha mai sofferto, di <b>SINDROME DELLE APNEE NOTTURNE</b> ? Se SI, utilizza un dispositivo CPAP? ..... Da quando e per quante ore a notte: .....	SI	NO <b>X</b>
Soffre, o ha mai sofferto, di altre <b>MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO</b> (insufficienza respiratoria cronica, enfisema polmonare, fibrosi polmonare, ecc.)? Se SI, quali e da quando: ..... È stata prescritta ossigeno-terapia? ..... Da quando e per quante ore al giorno: .....	SI	NO <b>X</b>
Soffre di <b>DIABETE MELLITO</b> ? Se SI, SPECIFICARE di quale tipo:..... insulinodipendente NON insulinodipendente (diabete trattato con dieta o ipoglicemizzanti orali)	SI	NO <b>X</b>
Soffre, o ha mai sofferto, di <b>MALATTIE ENDOCRINE?</b> ( <i>ad es.: della tiroide, dei surreni, dell'ipofisi</i> )? Se SI, SPECIFICARE QUALI E DA QUANDO:.....	SI	NO <b>X</b>
Soffre, o ha mai sofferto, di <b>MALATTIE NEUROLOGICHE</b> ( <i>ad es.: morbo di Parkinson, emiparesi, ischemia cerebrale transitoria, ictus, sclerosi multipla, miastenia grave, neuropatia degli arti, decadimento cognitivo, stato di coma, ecc.</i> )? Se SI, SPECIFICARE QUALI E DA QUANDO:.....	SI	NO <b>X</b>
Soffre di <b>EPILESSIA</b> o ha mai manifestato <b>CRISI EPILETTICHE</b> (o convulsioni)? Se SI, SPECIFICARE la data dell'ultima crisi ..... e indicare la terapia eseguita ..... ddd	SI	NO <b>X</b>
È in corso <b>SOSPENSIONE</b> o <b>REVISIONE</b> della patente per <b>GUIDA IN STATO DI EBBREZZA ALCOLICA</b> o per <b>GUIDA SOTTO L'EFFETTO DI SOSTANZE STUPEFACENTI</b> ? Specificare se alcol, stupefacenti o entrambi ALCOL - Quando è stato fermato l'ultima volta? 29-09-2020	SI <b>X</b>	NO
Ha, o ha <b>mai fatto uso</b> in passato, anche occasionalmente, di <b>SOSTANZE STUPEFACENTI</b> ? (cannabis, ecstasy, eroina, cocaina, anfetamine, LSD, Ketamina od altre)? - Quali sostanze? .....	SI	NO <b>X</b>
È, o è mai stato, in cura presso un <b>SERT</b> ? ( <i>Servizio per la Tossicodipendenza</i> ) o una <b>Comunità Terapeutica</b> ? Se SI, fino a quando? .....	SI	NO <b>X</b>
HA, o ha mai avuto in passato, problemi correlati all' <b>ABUSO</b> o alla <b>DIPENDENZA</b> da bevande <b>ALCOLICHE</b> Se SI, SPECIFICARE QUANDO: ALCOL	SI	NO <b>X</b>
È, o è mai stato, in cura presso un NOA (es. <b>Nucleo operativo alcologico</b> , Servizio di alcologia)? Se SI, fino a quando?.....	SI	NO <b>X</b>
Soffre, o hai mai sofferto, di <b>MALATTIE PSICHICHE</b> ? ( <i>ad es.: ansia, depressione, psicosi, disturbi di personalità, allucinazioni, ecc.</i> ). Se SI, SPECIFICARE QUALI e DA QUANDO:..... E', o è mai stato, in cura presso <b>specialisti in psichiatria</b> ? E', o è mai stato, sottoposto a psicoterapia? ..... Se SI, specificare fino a quando .....	SI	NO <b>X</b>
Assume, o ha assunto, in passato <b>FARMACI PSICOATTIVI</b> ( <i>tranquillanti, antidepressivi, barbiturici, sonniferi od altri</i> )? Se SI, SPECIFICARE QUALI in che periodo e a quali dosaggi: .....	SI	NO <b>X</b>
Soffre, o ha mai sofferto di <b>MALATTIE DEL SANGUE O DEL FEGATO</b> ( <i>anemia, leucemia, policitemia, piastrinopenia, oppure epatite, cirrosi epatica ecc.</i> )?Se SI, SPECIFICARE QUALI e DA QUANDO:.....	SI	NO <b>X</b>
Soffre, o ha mai sofferto di <b>MALATTIE DELL'APPARATO URO-GENITALE</b> ? ( <i>ad es. insufficienza renale cronica</i> )? Se SI, SPECIFICARE QUALI e DA QUANDO: .....	SI	NO <b>X</b>
Sussistono <b>MALATTIE DELL'APPARATO OSTEOARTICOLARE, DEFICIT DELLA EFFICIENZA DEGLI ARTI, ANOMALIE SOMATICHE</b> ? Se SI, SPECIFICARE QUALI e DA QUANDO: .....	SI	NO <b>X</b>
È stato coinvolto in <b>INCIDENTI STRADALI</b> , di qualsiasi tipo, anche dovuti a responsabilità d'altri? Se SI, SPECIFICARE QUANDO 29-09-2020	SI <b>X</b>	NO
È stato riconosciuto <b>INVALIDO CIVILE</b> (OPPURE DI GUERRA, DI LAVORO, DI SERVIZIO)? Se SI, quando ..... e con percentuale pari a: .....	SI	NO <b>X</b>
Soffre, o ha mai sofferto, di <b>ALTERAZIONI DELL'APPARATO VISIVO</b> (ad es. cheratocono, maculopatie, glaucoma)? Se SI, SPECIFICARE QUALI e DA QUANDO: ..... Utilizza <b>OCCHIALI DA VISTA</b> o <b>LENTI A CONTATTO</b> ? .....	SI	NO <b>X</b>
È affetto da <b>ALTERAZIONI DELL'APPARATO Uditivo</b> (es. ipoacusia, sordità, ecc.)? Se SI, SPECIFICARE QUALI e DA QUANDO: ..... Utilizza <b>PROTESI ACUSTICHE</b> ? #protesi_acustiche#	SI	NO <b>X</b>
<b>HA MAI SUBITO UN TRAPIANTO D'ORGANO</b> (ad es.: trapianto di rene, di fegato, ecc.)? Se SI, SPECIFICARE QUALE: .....	SI	NO <b>X</b>
<b>HA IN CORSO TERAPIE FARMACOLOGICHE</b> di qualsiasi tipo? Se SI, SPECIFICARE QUALI FARMACI ed a quali dosaggi: .....	SI	NO <b>X</b>
<b>È in possesso di ESENZIONE TICKET di qualunque natura?</b> .....	SI	NO <b>X</b>

**SEGUE -->**

CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITÀ E DELLE CONSEGUENZE CIVILI E PENALI, PREVISTE IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI E/O FORMAZIONE OD USO DI ATTI FALSI, ANCHE AI SENSI E PER GLI EFFETTI DELL'ART. 76 DEL D.P.R. 445/2000 E S.M.I., NONCHÈ IN CASO DI ESIBIZIONE DI ATTI CONTENENTI DATI NON PIÙ CORRISPONDENTI A VERITÀ:

- 1. Dichiaro di aver fornito tutte le informazioni in mia conoscenza utili a definire il mio stato di salute.
- 2. Dichiaro altresì di essere a conoscenza del fatto che, in caso di DICHIARAZIONE MENDACE, si provvederà a sottoporre a revisione la mia patente di guida con conseguente revoca o sospensione della stessa ai sensi degli articoli 128, 129 e 130 del Codice della Strada, così come modificati dagli articoli 9, 10 e 11 del D.P.R. 19 aprile 1994 n. 575, salvo che non si configuri ipotesi di reato.

Firma del dichiarante .....

CONSENSO IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI  
(artt. 6-8 del Regolamento (UE) 2916/679)

L'interessato/a **ZAMBRANO MERCHANCANO ANDY BADY**  
nato/a a **ECUADOR** il **06/12/1992**  
residente a **MILANO (MI)** in via **VIA AGOSTINO DE PRETIS, 53 MILANO (MI)**

- ☐acquisite le informazioni di cui all'**Informativa Interessati - Pazienti di Medicina Legale e Fascicolo medico legale** fornita ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016, consapevole che il trattamento riguarderà *il Fascicolo medico legale* cioè l'insieme dei dati personali generati da eventi clinici che lo riguardano, raccolti in tempi diversi presso i Co-titolari del trattamento, messi in condivisione logica dal personale sanitario (medici, infermieri, ...) che lo assistono, al fine di documentarne la storia clinica e di offrire una migliore prestazione.
- ☐NON è nelle condizioni psico-fisiche di sottoscrivere quanto sopra per incapacità di agire ovvero per impossibilità fisica o incapacità di intendere o di volere;

IN QUESTA SITUAZIONE,

preso atto delle disposizioni del D. Lgs 196/2003 e s. m. i. e del Regolamento UE 679/2016

Il/La Signor/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

IN QUALITÀ DI:

Esercitante legalmente la potestà	Prossimo congiunto
Familiare	Responsabile struttura presso cui dimora
Convivente	Altro _____

ED IN CASO DI MINORI

L'altro genitore \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

ALLA PRESENZA DI:

Interprete	Accompagnatore	Nessuno
------------	----------------	---------

☐PRESTA IL CONSENSO

☐NEGA IL CONSENSO

ai Co-titolari per il trattamento dei dati personali dell'interessato all'interno del *Fascicolo medico legale* in conformità a quanto previsto dalle leggi vigenti, per le finalità espresse e come dichiarato nell'**Informativa Interessati - Pazienti di Medicina Legale e Fascicolo medico legale**;

☐PRESTA IL CONSENSO

☐NEGA IL CONSENSO

ai Co-titolari per il trattamento dei dati personali dell'interessato, **raccolti presso la stessa ASST precedentemente alla data odierna (PREGRESSO)**, all'interno del *Fascicolo medico legale* in conformità a quanto previsto dalle leggi vigenti, per le finalità espresse e come dichiarato nell'**Informativa Interessati - Pazienti di Medicina Legale e Fascicolo medico legale**.

☐ **PRESTA IL CONSENSO**☐ **NEGA IL CONSENSO**

ai Co-titolari per il trattamento dei dati a maggior tutela (persone sierio-positive, donne che si sottopongono a interruzione volontaria di gravidanza, vittime di atti di violenza sessuale o pedofilia, persone che fanno uso di sostanze stupefacenti, psicotrope e di alcool, donne che decidono di partorire in anonimato,, minori di età, nonché i dati e i documenti riferiti ai servizi offerti dai consultori famiiliari), all'interno del *Fasciolo medico legale* in conformità a quanto previsto dalle leggi vigenti, per le finalità espresse e come dichiarato nell'**Informativa Interessati - Pazienti di Medicina Legale e Fascicolo medico legale**.

### PRESA VISIONE DELL'INFORMATIVA

L'interessato o chi ne fa le veci, presa visione dell'**Informativa Interessati - Pazienti di Medicina Legale e Fascicolo medico legale**, presta il suo consenso per **la comunicazione, da parte del personale della struttura che lo ha in cura, dei dati riguardanti lo stato di salute e l'andamento del trattamento** dell'interessato/a ai seguenti soggetti (indicare Nome, Cognome e possibilmente Data di nascita):

Medico/Pediatra di Famiglia	<input type="checkbox"/> <b>PRESTA</b>	<input type="checkbox"/> <b>NEGA</b>	_____
Altro Medico Specialista	<input type="checkbox"/> <b>PRESTA</b>	<input type="checkbox"/> <b>NEGA</b>	_____
Familiari (_____)	<input type="checkbox"/> <b>PRESTA</b>	<input type="checkbox"/> <b>NEGA</b>	_____
Insegnanti	<input type="checkbox"/> <b>PRESTA</b>	<input type="checkbox"/> <b>NEGA</b>	_____
Chi ne faccia richiesta	<input type="checkbox"/> <b>PRESTA</b>	<input type="checkbox"/> <b>NEGA</b>	_____
Signor/a (_____)	<input type="checkbox"/> <b>PRESTA</b>	<input type="checkbox"/> <b>NEGA</b>	_____
Altro (_____)	<input type="checkbox"/> <b>PRESTA</b>	<input type="checkbox"/> <b>NEGA</b>	_____

Milano, \_\_\_\_\_

L'interessato (anche Minore o Tutelato se possibile)	_____
Chi ne fa le veci (genitore, tutore legale, amministratore, ecc.)	_____
L'altro genitore	_____
L'interprete o l'accompagnatore	_____
L'operatore (Matricola _____ o Timbro)	_____

# INFORMATIVA COVID 19

Il Coronavirus (SARS-CoV2, meglio conosciuto come Covid 19) è un virus respiratorio, che può provocare in parecchie persone forme gravi di malattia. In alcuni casi le persone pur infette, non manifestano sintomi o hanno solo sintomi molto lievi, contribuendo ad una forma di diffusione del virus di assai difficile controllo.

In ogni caso la via primaria di diffusione avviene attraverso goccioline - droplets (maggiore o uguale di 5 µm di diametro) generate dal tratto respiratorio di un soggetto infetto soprattutto con la tosse o starnuti ed espulse a distanze brevi (minore di 1 metro).

Tali goccioline non rimangono sospese nell'aria, ma si possono depositare sulle mucose nasali o orali o sulle congiuntive di un soggetto suscettibile soprattutto nel corso di contatti stretti tra persona e persona.

La trasmissione può anche avvenire per contatto diretto o indiretto con oggetti o superfici nelle immediate vicinanze di persone infette che siano contaminate da loro secrezioni (saliva, secrezioni nasali, espettorato), ad esempi attraverso le mani contaminate che toccano bocca, naso o occhi.

Data l'elevata contagiosità del virus, le misure igieniche e quelle di distanziamento che mirano a evitare i contatti ravvicinati tra persone infette e persone non infette riducono, ma NON eliminano, il rischio di contrarre l'infezione.

Pertanto, posto che non è possibile escludere in assoluto il rischio di contagio, risulta indispensabile, per ridurre tale rischio, attenersi strettamente a quanto indicato di seguito.

## NORME DI COMPORTAMENTO DA TENERE IN SEDE DI VISITA

- # Deve essere rigorosamente rispettato l'orario di convocazione (non presentarsi prima di 10 minuti dall'appuntamento fissato).
- # Presentarsi da solo/sola; se assolutamente necessita aiuto per muoversi può farsi accompagnare da una sola persona, che dovrà rispettare le stesse misure preventive.
- # Presentarsi all'appuntamento indossando mascherina chirurgica (l'utilizzo di mascherine dotate di valvola di efflusso è sconsigliato); la mascherina andrà mantenuta durante tutte le fasi dell'accertamento.
- # Al momento dell'ingresso in sede verrà sottoposto/a a controllo della temperatura da personale dedicato.
- # Utilizzare il gel disinfettante messo a disposizione.
- # In sala di attesa, EVITARE DI ACCOMODARSI VICINO AD ALTRE PERSONE, MANTENERE LA DISTANZA DI ALMENO 1 METRO e sedersi dove indicato.
- # Terminata la visita si invita a non sostare nei locali della ASST.

**NB: LA INFORMIAMO CHE, PER CONTENERE IL RISCHIO DI CONTAGIO, ALCUNI COMPONENTI DELLA COMMISSIONE POTRANNO PARTECIPARE ALLE SEDUTE IN VIDEOCONFERENZA. TALE MODALITÀ NON COMPORTA VIDEOREGISTRAZIONE.**

## DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ

Preso atto di quanto contenuto nell'informativa, al fine di contribuire a ridurre il rischio di contagio, io sottoscritto/a

**ZAMBRANO MERCHANCANO ANDY BADY** nato a **ECUADOR (EE)** il **06/12/1992**

**DICHIARO** (ai sensi del D.P.R. n.445 del 28/12/2000)

# di non essere attualmente positivo a tampone per COVID-19 (se effettuato)

# di non essere sottoposto alla misura della quarantena

# di non avere avuto febbre nelle ultime 48 ore maggiore o uguale di 37,5°C

# di non avere avuto sintomi simil-influenzali negli ultimi 14 giorni (febbre, tosse, starnuti, difficoltà respiratorie) o altra sintomatologia (vomito, diarrea, congiuntivite, stanchezza profusa, dolori articolari diffusi) e/o perdita di gusto o olfatto

# di non avere avuto negli ultimi 14 giorni contatti ravvicinati senza utilizzo di protezione con persone positive al Covid-19 o in quarantena (ad es. parenti, conviventi)

*Firma del cittadino (o del rappresentante legale in caso di minori o interdetti)*

Luogo .....

Data .....

Firma .....

## DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ dell'accompagnatore

Preso atto di quanto contenuto nell'informativa, al fine di contribuire a ridurre il rischio di contagio, io sottoscritto/a

..... nato a ..... (.....) il .....

**DICHIARO** (ai sensi del D.P.R. n.445 del 28/12/2000)

# di non essere attualmente positivo a tampone per COVID-19 (se effettuato)

# di non essere sottoposto alla misura della quarantena

# di non avere avuto febbre nelle ultime 48 ore maggiore o uguale di 37,5°C

# di non avere avuto sintomi simil-influenzali negli ultimi 14 giorni (febbre, tosse, starnuti, difficoltà respiratorie) o altra sintomatologia (vomito, diarrea, congiuntivite, stanchezza profusa, dolori articolari diffusi) e/o perdita di gusto o olfatto

# di non avere avuto negli ultimi 14 giorni contatti ravvicinati senza utilizzo di protezione con persone positive al Covid-19 o in quarantena (ad es. parenti, conviventi)

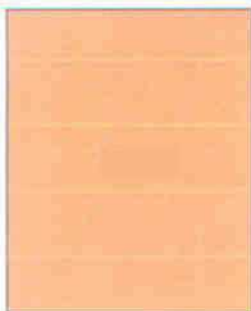
*Firma dell'accompagnatore*

Luogo .....

Data .....

Firma .....

**NB: La presente dichiarazione va sottoscritta e consegnata al momento della visita. La commissione medica procederà alla visita se nella dichiarazione è attestata l'assenza di tutte le condizioni elencate. In caso contrario non presentarsi alla visita e richiedere all'ufficio un nuovo appuntamento.**



Oggetto: richiesta certificato di idoneità alla guida

Il sottoscritto ZAMBRANO MERCHANCANO ANDY BADY

nato a ECUADOR (EE) il 06/12/1992

con la presente fa richiesta di certificazione di idoneità psico-fisica alla guida di autoveicoli  
ai sensi del D.Lgs. 285/1992.

Allega la propria foto.

Milano, 24/02/2022



**SCHEDA DI ANAMNESI ALCOLOGICA** relativa al sig/ra ZAMBRANO MERCHANCANO ANDY BADY nato/a a ECUADOR il 06/12/1992

**1° SEZIONE - DA COMPILARE DA PARTE DEL PAZIENTE**

### *Circostanze dell'evento*

In data: ...../...../.....

Valore etilometro:

di: Era alla guida ☐ Automobile ☐ Moto ☐ Camion ☐ Ciclomotore ☐ Altro ☐  
**Incidenti** ☐ ☐ No  
**stradale** Si

Come è avvenuto l'incidente: ☐ scontro tra veicoli ☐ veicolo fuori strada ☐ investimento di pedoni/ciclisti

Conducente ☐ Si ☐ No Altri feriti: ☐ Si ☐ No Eventuali decessi: ☐ Si ☐ No  
 ferito:

Tipo di lesioni:

Precedenti violazioni dell'art 186 ☐ No ☐ Si

Quando:

Precedenti incidenti legati all'uso di alcol

☐ Si ☐ No Anno:

### *Circostanze in cui si è verificato l'abuso*

**Cosa aveva bevuto?** (possibili più risposte)

Birra ☐ Si ☐ No - Vino ☐ Si ☐ No  
Aperitivi ☐ Si ☐ No - Amari ☐ Si ☐ No  
Superalcolici ☐ Si ☐ No - Cocktail/long ☐ Si ☐ No

drink

**Dove si trovava?** (possibili più risposte)

☐ in un locale pubblico (bar, ristorante, discoteca, ecc.)  
☐ a casa

propria

☐ a casa di altri  
☐ per strada, in piazza o in altri luoghi pubblici

**Con chi era?**

☐ da solo - ☐ in famiglia  
☐ con amici - ☐ con altre persone partecipanti ad una festa/evento/manifestazione

**Si è trovato spesso in una situazione del genere?**

☐ raramente ☐ solo nei week-end ☐ più volte nella settimana ☐ tutti i giorni

### *Bevande alcoliche comunemente consumate*

☐ Nessuna bevanda alcolica

☐ **Birra** in che quantità giornaliera: ☐ 1 o due consumazioni ☐ più di due consumazioni

Con che frequenza: ☐ sporadicamente ☐ 2 o 3 volte la settimana ☐ tutti o quasi tutti i giorni

☐ **Vino** in che quantità giornaliera: ☐ 1 o due consumazioni ☐ più di due consumazioni

Con che frequenza: ☐ sporadicamente ☐ 2 o 3 volte la settimana ☐ tutti o quasi tutti i giorni

☐ **Superalcolici** in che quantità giornaliera: ☐ 1 o due consumazioni ☐ più di due consumazioni

Con che frequenza: ☐ sporadicamente ☐ 2 o 3 volte la settimana ☐ tutti o quasi tutti i giorni

☐ **Altro** (specificare) \_\_\_\_\_

**Quando assumono le bevande alcoliche:** ☐ solo ai pasti ☐ ai pasti e fuori pasto ☐ prevalentemente fuori pasto

**In attuale o precedente terapia presso NOA/SERT** ☐ Si ☐ No

**Precedenti trattamenti/ricoveri per abuso alcolico** ☐ Si ☐ No

**Le è stato recentemente consigliato da un medico di non bere alcolici per motivi di salute?** ☐ Si ☐ No

**Firma del paziente:**





## 2° SEZIONE - DA COMPILARE DA PARTE DEL MEDICO

**Dimostra consapevolezza del rischio corso:** [ ] Si [ ] Solo parzialmente [ ] No

**Osservazioni:**

.....

.....

.....

.....

**Sulla base dell'anamnesi alcologica, si ritiene che il consumo alcolico del soggetto sia qualificabile come:**

- ☐ **Sospetto di Utilizzo patologico di alcol o Deficit di controllo (consumo incongruo e continuativo) dell'uso dell'alcol: SI INVIA AL NOA**
- ☐ **Consumo incongruo ma occasionale di bevande alcoliche**
- ☐ **Consumo continuativo ma moderato di bevande alcoliche**
- ☐ **Consumo occasionale e moderato di bevande alcoliche**

**Legenda:**

- # **"moderato"** = minore 40 gr/die uomo - minore 20 gr/die donna
- # **"incongruo"** = consumo quantitativamente eccedente i limiti descritti per il consumo moderato, oppure consumo alcolico inappropriato in relazione ad altri elementi circostanziali, es.: comorbidità terapie farmacologiche, ect.

All. 37 Rev. 01 del 2014/PSp CML



Milano, 24/02/2022

**Pratica 2022/4898**

**ASST Santi e Paolo e Carlo  
Dipartimento Dipendenze**

**La prenotazione avviene telefonicamente presso CUP P.O. San Paolo**

**Recapito telefonico 02 8184-4141; Mail: [liberaprofessione.hsp@asst-santipaolocarlo.it](mailto:liberaprofessione.hsp@asst-santipaolocarlo.it)**

**Orari: dal lunedì al giovedì: 9-13 e 14-18 - venerdì: 9-13 e 14-16.30**

facendo richiesta di **PRIMA VISITA MEDICA PER GUIDARE SENZA SOSTANZE**

**Oggetto: Relazione di verifica dell'utilizzo patologico oppure deficit di controllo (consumo incongruo e continuativo) dell'uso di:**

- ☐ **Alcol**  
☐ **Sostanze illegali**

Sig./ra ZAMBRANO MERCHANCAÑO ANDY BADY Nato/a a ECUADOR il 06/12/1992

Con riferimento alla richiesta d'idoneità per la patente di guida, da parte della persona citata in oggetto, la scrivente Commissione Medica Locale ha necessità di acquisire, previo consenso dell'interessato, **relazione clinica redatta in conformità al modello contenuto nel Documento regionale "Percorso integrato e interdisciplinare in tema di appropriatezza nell'accertamento dell'idoneità alla guida"**.

Motivo dell'invio:

- ☐ CDT ALTERATA oppure ☐ ETG ALTERATO
- ☐ ELEMENTI ANAMNESTICO CLINICI SIGNIFICATIVI o PATOLOGIE CORRELATE
- ☐ PATENTE DI CATEGORIA SUPERIORE
- ☐ RECIDIVO o REITERATI
- ☐ ALTRO .....

Si prega di far pervenire allo scrivente il referto, in busta chiusa, per mezzo dell'interessato.

Distinti saluti

Il Presidente della Commissione  
Medica Locale Patenti di Guida  
ENRICO CICCARELLO

Ai sensi dell'art.3 del decreto legislativo 12 febbraio 1993, n.39, la firma del presidente è sostituita dall'indicazione a stampa del nominativo del medesimo.

All. 23 Psp Rev. 01 del 2014

---

**ASST FATEBENEFRAELLI SACCO**

CFYBB6

Sede di Via Montermartini, n. 9 - 20139

e-mail: [commissionepatenti.montemartini@asst-fbf-sacco.it](mailto:commissionepatenti.montemartini@asst-fbf-sacco.it) - C.F. e P.IVA 09319690963

Prenotazioni on-line: - <https://commissionemedicalocale.asst-santipaolocarlo.it>



**LABORATORIO DI TOSSICOLOGIA FORENSE**

DIPARTIMENTO DI SCIENZE BIOMEDICHE,

CHIRURGICHE E ODONTOIATRICHE

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO

VIA L.MANGIAGALLI N.37 - 20133 MILANO

Oggetto: Ricerca sostanze nei materiali biologici da effettuarsi in sede fiduciaria.

Sig./ra ZAMBRANO MERCHANCANO ANDY BADY

Nato/a a ECUADOR il 06/12/1992

**Appuntamento presso Commissione Medica Locale in data: 23/02/2023**

In relazione alla richiesta di accertamento dei requisiti di idoneità psicofisica della persona sopra indicata, prescritti per l'idoneità **alla guida**, la scrivente Commissione ritiene necessaria, previa verifica della personale identità, la seguente indagine tossicologica, ai sensi dell'art.330, comma 6 del D.P.R. 16 dicembre 1992, n.495

---

**RICERCA NEI CAPELLI**

**ETILGLUCURONIDE (ETG)** lunghezza dei capelli **almeno 3 (tre) cm** (verificata in sede nucale)

---

Il prelievo di capelli verrà effettuato **SOLO** previo appuntamento, presso il:

Laboratorio di Tossicologia Forense dell'Università degli Studi di Milano (Zona Città Studi - fermata Piola MM2)  
- Via L. Mangiagalli, 37 - 2° piano

**MODALITÀ DI PRENOTAZIONE**

- Via mail, allegando il presente modulo in formato PDF, all'indirizzo [prenotazioni.tossicologia@unimi.it](mailto:prenotazioni.tossicologia@unimi.it): orario e data dell'appuntamento vi saranno comunicati dal laboratorio, in risposta alla vostra mail, entro 72 ore.
- Oppure
- Telefonando, muniti del presente modulo, al numero 02 50315641 esclusivamente nei seguenti orari e giorni:  
**Lunedì:** dalle ore 14 alle ore 16; **martedì, mercoledì, giovedì:** dalle ore 9 alle ore 12  
In questo caso l'appuntamento vi verrà confermato contestualmente alla chiamata.

Ai sensi della Circolare Regionale 35/SAN i risultati delle analisi saranno trasmessi direttamente dal Laboratorio Analisi alla segreteria della Commissione Medica.

Il giorno dell'appuntamento, l'interessato dovrà presentarsi presso il Laboratorio di Tossicologia Forense, munito della presente richiesta, di un documento di identità in corso di validità e con i capelli di lunghezza almeno pari a 3 cm (lavati e senza tracce di gel).

**Orario: dalle 9 alle 10.30 ritirando il numero all'ingresso dell'istituto, al piano terra.**

Milano, 24/02/2022

Il Presidente della  
Commissione Medica Locale  
(Dr ENRICO CICCARELLO)

Ai sensi dell'art.3 del decreto legislativo 12 febbraio 1993, n.39, la firma del presidente è sostituita dall'indicazione a stampa del nominativo del medesimo.

All. 22 Rev. 02 del 2019/PSp CML

---

**ASST FATEBENEFRAPELLI SACCO**

Sede di Via Montermartini, n. 9 -

e-mail: [commissionepatenti.montermartini@asst-fbf-sacco.it](mailto:commissionepatenti.montermartini@asst-fbf-sacco.it) - C.F. e P.IVA 09319690963

Prenotazioni on-line: - <https://commissionemedicalocale.asst-santipaolocarlo.it>

## INFORMAZIONI PER IL CITTADINO CHE DEVE SOTTOPORSI A INDAGINI DI LABORATORIO

Nell'ambito degli accertamenti sanitari che questa Commissione deve svolgere ai sensi dell'art. **186/187** del Nuovo Codice della Strada (D.Lvo 30 aprile 1992, n.285) e in conformità al **Documento di Regione Lombardia "Percorso integrato e interdisciplinare in tema di appropriatezza nell'accertamento dell'idoneità alla guida"** (diffuso con **Nota n. H1 0029290 del 22.10.2013 della D.G. Salute e D.G. Famiglia, Volontariato e Solidarietà Sociale**) è necessario che la S.V. si sottoponga anche ad accertamenti di laboratorio mirati.

L'**etilglucoronide (EtG)** è un metabolita minore dell'alcool etilico che può essere incorporato nella matrice pilifera. Il grado di incorporazione è influenzato dai quantitativi di alcool assunto con le bevande alcoliche e le concentrazioni rilevabili in tali matrici possono essere utilizzate per discriminare i comportamenti d'abuso da quelli "normali", cioè caratterizzati da assunzioni moderate di bevande alcoliche ai pasti.

Per questo tipo di accertamento verranno prelevate, in sede occipitale (sopra la nuca), due ciocche di capelli, rasandole a filo del cuoio capelluto; saranno considerate adeguate alle finalità del prelievo ciocche della **lunghezza minima di 3 cm**. Se la sua lunghezza lo consentirà, la ciocca verrà esaminata fino ad un massimo di 6 cm.

In assenza di capelli di adeguata lunghezza, possono essere prelevati **UNICAMENTE** i peli della zona toracica.

La determinazione quali-quantitativa dell'EtG viene eseguita con cromatografia liquida ad alta prestazione accoppiata alla spettrometria di massa, con un metodo analitico che prevede l'utilizzo di standard di riferimento certificati.

Le indagini di laboratorio devono essere effettuate presso il Laboratorio di Tossicologia Forense dell'Università degli Studi di Milano. **Il laboratorio di Tossicologia Forense, per l'esecuzione di questa analisi, richiederà il pagamento in contanti di 42,00 Euro, in contanti o con carte di credito/bancomat, da versare al momento dell'accettazione.**

In caso di contestazione del responso analitico, l'interessato ha facoltà di avanzare istanza di ricorso alla Commissione Medica Locale (mediante raccomandata inoltrata entro un mese dal ricevimento del referto). Le procedure di "controanalisi" saranno espletate presso il Laboratorio di Tossicologia Forense dell'Istituto di Medicina Legale dell'Università di Pavia. L'interessato ha la facoltà di farsi assistere a proprie spese da un consulente di parte che potrà essere presente alle indagini.

Il Laboratorio di Tossicologia Forense è facilmente raggiungibile mediante i seguenti mezzi di trasporto pubblico:

- Linea 90-91                      fermata "Largo Rio de Janeiro"
- Linea 93                         fermata "Gorini"
- Linea 61                         fermata "Botticelli"
- MM linea 2 verde            fermata "Piola"

Il/La sottoscritto/a **ZAMBRANO MERCHANCANO ANDY BADY**

dichiara di aver preso visione dell'informativa sopra riportata, ricevendone altresì copia. Dichiara pertanto di essere stato/a esaurientemente informato/a di dover essere sottoposto/a ad un prelievo di capelli/peli, delle sue modalità di effettuazione, nonché delle sue finalità (indagini di laboratorio necessarie alla valutazione dell'eventuale assunzione in eccesso di bevande alcoliche) e di esprimere quindi il proprio consenso ad essere sottoposto/a al prelievo di matrici pilifere che sarà utilizzato per le successive indagini di laboratorio.

Data 24/02/2022

Firma \_\_\_\_\_

All. 22 Rev. 02 del 2019/PSp CML

---

**ASST FATEBENEFRATELLI SACCO**

Sede di Via Montermartini, n. 9 -

e-mail: [commissionepatenti.montermartini@asst-fbf-sacco.it](mailto:commissionepatenti.montermartini@asst-fbf-sacco.it) - C.F. e P.IVA 09319690963

Prenotazioni on-line: - <https://commissionemedicalocale.asst-santipaolocarlo.it>



Milano, 24/02/2022

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO  
DIPARTIMENTO di FISIOPATOLOGIA MEDICO  
CHIRURGICA e dei TRAPIANTI  
**LABORATORIO ANALISI**  
VIA LUIGI MANGIAGALLI N° 32  
20133 MILANO

**Oggetto: verifica dell'uso/abuso di alcol e patologie correlate**

Sig./ra ZAMBRANO MERCHANCAO ANDY BADY

Nato/a a ECUADOR il 06/12/1992

Appuntamento in Commissione Patenti in data: 23/02/2023

In relazione alla richiesta di visita medica formulata ai sensi dell'art. 186, comma 8 del Nuovo Codice della Strada e rivolta alla Commissione Medica Locale di cui all'art. 119, comma 4, per la verifica dei requisiti psico-fisici d'idoneità alla guida, si chiede che la persona sopra indicata sia sottoposta, previo consenso della medesima, alle seguenti indagini di laboratorio, ai sensi dell'art. 330, comma 6 del D.P.R. 16 dicembre 1992, n.495

- ☒ Emocromo
- ☒ SGOT
- ☒ SGPT
- ☒ #GT
- ☒ Elettroforesi sieroproteica

L'interessato dovrà presentarsi a digiuno, con un anticipo di almeno **20 giorni** rispetto alla data prevista per la visita in Commissione Medica, all'indirizzo sopra indicato, munito della richiesta di esami e di un documento d'identità valido.

Il prelievo verrà effettuato SOLO previa prenotazione.

**MODALITÀ DI PRENOTAZIONE**

- Via email, allegando il presente modulo in formato PDF, all'indirizzo: [amministrazione.laban@unimi.it](mailto:amministrazione.laban@unimi.it) Orario e data dell'appuntamento vi saranno comunicati dal laboratorio, in risposta alla vostra mail, entro 72 ore.

**Oppure**

- Telefonando, muniti del presente modulo, al numero 02 50315476 esclusivamente nei seguenti orari e giorni: da Lunedì a Giovedì dalle 10:30 alle 12.00 e dalle 13.30 alle 15; venerdì dalle 10.30 alle 12. In questo caso l'appuntamento vi verrà confermato contestualmente alla chiamata.

I referti relativi ai risultati delle analisi saranno inviati direttamente dal Laboratorio alla Commissione Medica Locale.

L'onere per l'effettuazione delle suddette analisi è a carico del soggetto esaminato, ai sensi dell'art. 330, comma 6, del Regolamento di esecuzione e di attuazione del Nuovo Codice della Strada (il pagamento delle analisi dovrà essere effettuato al momento del prelievo).

Il Presidente della  
Commissione Medica Locale  
(Dr. ENRICO CICCARELLO)

*Ai sensi dell'art.3 del decreto legislativo 12 febbraio 1993, n.39, la firma del Presidente è sostituita dall'indicazione a stampa del nominativo del medesimo.*

All. 21 Rev. 01 del 2014/PSp CML

**ASST FATEBENEFRAELLI SACCO**

Sede di Via Montermartini, n. 9 - 20139

e-mail: [commissionepatenti.montermartini@asst-fbf-sacco.it](mailto:commissionepatenti.montermartini@asst-fbf-sacco.it) - C.F. e P.IVA 09319690963Prenotazioni on-line: - <https://commissionemedicalocale.asst-santipaolocarlo.it>

## INFORMAZIONI PER IL CITTADINO CHE DEVE SOTTOPORSI A INDAGINI DI LABORATORIO

Nell'ambito degli accertamenti sanitari che questa Commissione deve svolgere ai sensi dell'art. 186, comma 8, del Nuovo Codice della Strada (D.Lvo 30 parile 1992, n.285), è necessario che la S.V. si sottoponga ai seguenti accertamenti di laboratorio, ai sensi dell'art. 330, comma 6, del regolamento di esecuzione e di attuazione del nuovo codice della strada (D.P.R. 16 dicembre 1992, n.495): Emocromo, SGOT, SGPT gGT, Elettroforesi sieroproteica.

Si tratta di esami che concorrono ad una corretta valutazione di un eventuale abuso di bevande alcoliche e del rischio di dipendenza alcolica. Questi indicatori servono a valutare la funzionalità epatica e quindi eventuali danni prodotti dall'assunzione di bevande alcoliche in un tempo più o meno lungo.

L'effettuazione di detti esami richiede un prelievo di sangue venoso, di norma effettuato mediante puntura di una vena periferica alla piega del gomito e utilizzando materiale sterile. Tale procedura non comporta alcun particolare rischio ma può causare una transitoria lieve sensazione dolorosa al momento della puntura. Un altro inconveniente che può verificarsi è la formazione di un circoscritto ematoma dovuto allo spandimento di sangue nei tessuti intorno al vaso punto, con conseguente discolorazione della cute che può perdurare anche per due settimane. Questa evenienza può essere facilmente scongiurata o limitata esercitando una forte pressione esercitata con un dito sulla sede della puntura, attraverso una piccola falda di cotone idrofilo, della durata di 1 o 2 minuti immediatamente dopo l'estrazione dell'ago.

Il prelievo di sangue deve essere effettuato presso il Laboratorio di Analisi del Dipartimento di Fisiopatologia Medico-Chirurgica e dei Trapianti dell'Università degli Studi di Milano, in via L. Mangiagalli 32 (zona Città Studi), facilmente raggiungibile mediante i seguenti mezzi di trasporto pubblico:

- Linea 90-91 fermata "Largo Rio de Janeiro"
- Linea 93 fermata "Gorini"
- Linea 61 fermata "Botticelli"
- MM linea 2 verde fermata "Piola"

Per ulteriori informazioni sono disponibili i seguenti numeri telefonici: 02.5031 5476/02.5031.5477

Oppure via fax allo 0250315479 o mediante e-mail all'indirizzo: laboratorio.analisi@unimi.it.

Il compenso per le suddette prestazioni è di Euro 45.00, è a carico dell'interessato (art.330, comma 6, D.P.R. 16 dicembre 1992, n.495) e dovrà essere versato il giorno stesso del prelievo.

L'interessato dovrà presentarsi con un **anticipo di almeno 20 giorni** rispetto alla data prevista per la visita in Commissione Medica, all'indirizzo sopra indicato, munito della richiesta di esami e di un documento di identità valido.

Il/La sottoscritto/a ZAMBRANO MERCHANCANO ANDY BADY

dichiara di aver preso visione dell'informativa sopra riportata, ricevendone altresì copia. Dichiaro pertanto di essere stato/a esaurientemente informato/a di dover essere sottoposto/a ad un prelievo di sangue venoso, delle sue modalità di effettuazione e dei rischi connessi a tale procedura, nonché delle due finalità (indagini di laboratorio necessarie alla valutazione della funzionalità epatica e della eventuale assunzione in eccesso di bevande alcoliche) e di esprimere quindi il proprio consenso ad essere sottoposto/a al prelievo di sangue venoso che sarà utilizzato per le successive indagini di laboratorio.

Data 24/02/2022

Firma \_\_\_\_\_

All. 21 Rev. 01 del 2014/PSp CML

---

**ASST FATEBENEFRAPELLI SACCO**

Sede di Via Montermartini, n. 9 - 20139

e-mail: [commissionepatenti.montermartini@asst-fbf-sacco.it](mailto:commissionepatenti.montermartini@asst-fbf-sacco.it) - C.F. e P.IVA 09319690963

Prenotazioni on-line: - <https://commissionemedicalocale.asst-santipaolocarlo.it>