



Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti

Dipartimento per i trasporti la navigazione ed i sistemi informativi e statistici
Direzione Generale Motorizzazione
Divisione 5

Prot. n. 8282/RU del 10 marzo 2011

Alle Direzioni Generali Territoriali
 LORO SEDI

Agli Uffici della Motorizzazione Civile
 LORO SEDI

All' URP
 SEDE

Oggetto: Decreto dirigenziale 31 gennaio 2011 recante “Modalità di trasmissione della certificazione medica per il conseguimento ed il rinnovo della patente di guida” pubblicato sulla G.U. n. 38 del 16 febbraio 2011 – Circolare esplicativa delle procedure

Ai sensi dell'articolo 23, co. 3, della legge n. 120 del 2010, con il decreto dirigenziale di cui all'oggetto sono state disciplinate le procedure attraverso le quali i medici certificatori di cui all'articolo 119, co. 2, CdS, come novellato dalla predetta legge, devono acquisire un codice di identificazione necessario al fine di poter emettere certificati attestanti il possesso dei requisiti psico-fisici di idoneità alla guida di un veicolo a motore.

Sono identificate tre tipologie di medici certificatori, per ciascuna delle quali è posto un termine iniziale per richiedere il codice di identificazione ed è redatto apposito modello di richiesta e contestuale autodichiarazione della sussistenza dei requisiti previsti dalla legge (allegati 1, 2 e 3 della presente circolare).

Di seguito schematicamente si sintetizzano gli elementi salienti di ciascuna casistica.

c a s s o	TIPOLOGIA MEDICI	DATA INIZIO PRESENTAZIO NE ISTANZE	MODELLO (+ fotocopia documento di identità)	OSSERVAZIONI
1	Medici militari in quiescenza (art. 2 DD)	19 marzo 2011	All. 1	Non possono essere emesse certificazioni prima del 18 maggio 2011
2	Medici non più appartenenti alle strutture (art. 3 DD)	18 aprile 2011	All. 2	Non possono essere emesse certificazioni prima del 18 maggio 2011
3	Medici appartenenti alle amministrazioni e corpi (art. 1 DD)	18 maggio 2011	All. 3	Le certificazioni di tali medici, che non si siano dotati di codice entro la data del 31 agosto 2011, emesse a far data dal 1 settembre 2011 e fino alla data di attribuzione del codice stesso, sono irricevibili

A decorrere dal 1 settembre 2011 tutte le certificazioni mediche dovranno recare l'apposizione del codice di identificazione personale del medico certificatore.

Le istanze di cui alla casistica sub punti 1 e 2 sono presentate dal medico richiedente o da persona munita di apposita delega, secondo le procedure già in uso presso codesti Uffici.

Sulla veridicità delle dichiarazioni rese contestualmente alla presentazione di tali istanze, e sul permanere del possesso dei requisiti ivi contemplati, gli Uffici effettuano controlli a campione.

Le istanze di cui alla casistica sub punti 3 sono presentate dalle amministrazioni e corpi di appartenenza dei medici.

Le amministrazioni ed i corpi di appartenenza suddetti hanno **l'obbligo di comunicare al CED, per il tramite di codesti Uffici**, ogni evento dal quale derivi cessazione del rapporto di lavoro, ovvero destituzione dall'incarico o dispensa dallo stesso (cfr. art. 1, co. 3 DD).

All'esito dell'inserimento nel sistema informatico dell'istanza, per le cui procedure si rimanda al relativo manuale operativo, è emessa in favore del medico istante un'autorizzazione recante il codice di identificazione dello stesso, che dovrà essere riportato, unitamente a firma leggibile, su ogni certificato emesso.

Nei casi in cui codesti Uffici abbiano notizia ovvero constatino il venir meno dei requisiti personali, professionali o di servizio richiesti dalla legge, gli stessi comunicano all'interessato l'avvio del procedimento di revoca dell'autorizzazione e del relativo codice ai sensi della legge n. 241 del 1990.

E' fatta salva la possibilità per i medici rientranti nella casistica sub punto 3, già titolari di un codice di identificazione e non più appartenenti ad amministrazione o corpo, di richiedere l'attribuzione di un nuovo codice, ricorrendo i presupposti di cui alla casistica sub punti 1 e 2.

Per le procedure di revoca, nonché di eventuale riassegnazione del codice di identificazione, si rimanda al manuale operativo.

Gli Uffici della motorizzazione **a decorrere dal 18 maggio 2011** provvedono a rendere pubblici i nominativi dei medici di cui alla casistica sub punti 1 e 2 autorizzati nell'ambito provinciale, mediante affissione nelle proprie sedi del relativo elenco **costantemente aggiornato** (cfr. at. 5, co. 2, DD).

Gli allegati 1, 2 e 3 alla presente circolare vengono inoltre resi disponibili per la stampa sul sito del Ministero www.mit.gov.it e sul portale www.ilportaledellautomobilista.it.

IL DIRETTORE GENERALE
(Arch. Maurizio VITELLI)
F.TO VITELLI

GF/CM

All'Ufficio Provinciale della Motorizzazione Civile di

Richiesta del codice di identificazione per il rilascio delle certificazioni mediche attestanti il possesso dei requisiti fisici e psichici per il conseguimento/rinnovo della patente di guida.

Il/La sottoscritto/a:

Cognome _____ Nome _____

Sesso ___ (M/F) Cod. Fiscale _____ Nato/a il ___/___/_____

In prov. di ¹ _____ a _____

In (Stato Estero Nascita)² _____ a (Località Estera Nascita) _____

Residente in Prov. di _____ a _____

Indirizzo _____ Num. Civ. _____ CAP _____

E-mail ³ _____ Telefono³ _____

Cell.³ _____ Fax _____

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

dichiara

- a) di appartenere alla categoria di cui all'articolo 2 del Decreto Ministeriale del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti del 31 gennaio 2011 in quanto medico militare in quiescenza
- b) di essere medico iscritto all'ordine provinciale di _____ con numero _____
- c) di non essere stato destituito dall'incarico per motivi disciplinari o a seguito di condanne penali, nè di essere stato dispensato dal servizio per ragioni di particolari infermità inabilitanti l'attività certificativa

e chiede

l'assegnazione di un codice di identificazione per il rilascio delle certificazioni mediche attestanti il possesso dei requisiti fisici e psichici di idoneità alla guida.

Data ___/___/_____

Firma _____

Si allega copia fotostatica del documento di identità

¹ Solo per i nati in Italia

² Solo per i nati all'estero

³ E' obbligatorio compilare almeno uno dei campi indicati

All'Ufficio Provinciale della Motorizzazione Civile di

Richiesta del codice di identificazione per il rilascio delle certificazioni mediche attestanti il possesso dei requisiti fisici e psichici per il conseguimento/rinnovo della patente di guida.

Il/La sottoscritto/a:

Cognome _____ Nome _____

Sesso ___ (M/F) Cod. Fiscale _____ Nato/a il ___/___/_____

In Prov. di⁴ _____ a _____

In (Stato Estero Nascita)⁵ _____ a (Località Estera Nascita) _____

Residente in Prov. di _____ a _____

Indirizzo _____ Num. Civ. _____ CAP _____

E-mail⁶ _____ Telefono³ _____

Cell.³ _____ Fax _____

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

dichiara

- a) di appartenere alla categoria di cui all'articolo 3 del Decreto Ministeriale del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti del 31 gennaio 2011 in quanto medico non più appartenente ad alcuna struttura o corpo dal ___/___/_____ (ex struttura⁷ _____)
- b) di aver svolto
 - attività di accertamento dei requisiti fisici e psichici e di idoneità alla guida negli ultimi dieci anni
 - di aver fatto parte di commissioni mediche locali, di cui all'art. 119 comma 4, per almeno cinque anni
- c) di essere medico iscritto all'ordine provinciale di _____ con numero _____
- d) di non essere stato destituito dall'incarico per motivi disciplinari o a seguito di condanne penali, nè di essere stato dispensato dal servizio per ragioni di particolari infermità inabilitanti l'attività certificativa

e chiede

l'assegnazione di un codice di identificazione per il rilascio delle certificazioni mediche attestanti il possesso dei requisiti fisici e psichici di idoneità alla guida.

Data ___/___/_____

Firma _____

Si allega copia fotostatica del documento di identità

⁴ Solo per i nati in Italia

⁵ Solo per i nati all'estero

⁶ E' obbligatorio compilare almeno uno dei campi indicati

⁷ Indicare l'ex struttura o l'ex corpo di appartenenza

All'Ufficio Provinciale della Motorizzazione Civile di

Richiesta del codice di identificazione per l'accertamento dei requisiti fisici e psichici per il conseguimento/rinnovo della patente dei guida.⁸

Il/La sottoscritto/a:

Cognome _____ Nome _____

Sesso ___ (M/F) Cod. Fiscale _____ Nato/a il ___/___/_____

In Prov. di⁹ _____ a _____

In (Stato Estero Nascita)¹⁰ _____ a (Località Estera Nascita) _____

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

dichiara

- a) di essere medico iscritto all'ordine provinciale di _____ con numero _____
- b) di appartenere alla categoria di cui all'articolo 1 del Decreto Ministeriale del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti del 31 gennaio 2011 in quanto in servizio presso
- ufficio con funzioni di medicina legale della ASL di _____
 - distretto sanitario di _____
 - Ministero della Salute
 - Polizia di Stato
 - Ministero della Difesa in servizio permanente effettivo, corpo _____
 - Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco
 - Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali
 - Ferrovie dello Stato

avente sede¹¹ in prov. di _____ a _____

Indirizzo _____ CAP _____

E-mail¹² _____ Telefono⁵ _____

Cell. Medico⁵ _____ Fax _____

⁸ Da presentare all'ufficio competente per il tramite dell'ufficio di appartenenza

⁹ Solo per i nati in Italia

¹⁰ Solo per i nati all'estero

¹¹ Riportare i dati della sede dell'ufficio di appartenenza

¹² E' obbligatorio compilare almeno uno dei campi indicati

e chiede

l'assegnazione di un codice di identificazione per il rilascio delle certificazioni mediche attestanti il possesso dei requisiti fisici e psichici di idoneità alla guida.

Data ____/____/____

Firma del Richiedente_____

Timbro e visto dell'ufficio di appartenenza



Si allega copia fotostatica del documento di identità