

Croce Rossa Italiana
Comitato Provincia Granda



Croce Rossa Italiana

PATENTI CRI

Linee guida per la compilazione della modulistica



Introduzione

Questo documento contiene le linee guida, utili ai Responsabili Patenti dei Comitati CRI, per compilare correttamente la documentazione a corredo delle pratiche relative al rilascio, rinnovo o declassamento delle patenti CRI.

Viene riportata la modulistica necessaria per la visita medica di idoneità, svolta presso il Medico CRI o presso la Commissione Medica Provinciale.

Per ognuno dei moduli previsti viene riportato un esempio di compilazione, oltre alle tabelle di più frequente consultazione.

Queste linee guida sono aggiornate alla versione più recente del "[Testo unico per la circolazione dei veicoli dell'Associazione della Croce Rossa Italiana](#)" e alle relative integrazioni, reperibili all'indirizzo internet <https://www.cri.it/motorizzazione>.

Documenti necessari per rilascio patenti CRI per esame

- Allegato mod. [27/05](#) – Cartellina
 - La cartellina deve essere stampata su carta A3, fronte/retro
- Allegato mod. [25B/05](#) - Autocertificazione possesso requisiti per rilascio patente
- Allegato mod. [201/05](#) - Dichiarazione stato di salute
 - La dichiarazione viene compilata dal candidato di fronte al medico esaminatore
- Allegato mod. [23A/05](#) – Certificato medico
 - Il certificato viene rilasciato dal Medico CRI o dalla Commissione Medica
- Allegato mod. [31A/05](#) - Certificato di idoneità
 - Il certificato viene rilasciato dal Medico CRI o dalla Commissione Medica
- Allegato mod. [26/05](#) – Autorizzazione alla guida provvisoria (foglio rosa)
 - L'autorizzazione viene compilata dal Presidente del Comitato di appartenenza, **in data successiva a quella della visita medica** e consegnata al candidato
- **Patente CRI** in originale (se posseduta)
 - La patente CRI di categoria inferiore verrà ritirata e sostituita con il mod. [26A/05](#)
- Fotocopia **patente civile** (fronte e retro)
- Fotocopia **carta d'identità** leggibile e in corso di validità (fronte e retro)
- Fotocopia **codice fiscale** o tesserino sanitario (solo fronte)
- N. 2 **foto tessera** uguali e recenti
 - Le foto dovranno essere ritagliate alle dimensioni di 30 x 30 mm
 - Una fotografia dovrà essere incollata sulla 3^a pagina della cartellina mod. [27/05](#)
 - Una fotografia dovrà riportare, sul retro, nome e cognome del candidato in stampatello

Documenti necessari per rilascio patenti CRI per conversione

- Allegato mod. [27/05](#) – Cartellina
 - La cartellina deve essere stampata su carta A3, fronte/retro
- Allegato mod. [25B/05](#) - Autocertificazione possesso requisiti per rilascio patente
- Allegato mod. [201/05](#) - Dichiarazione stato di salute
 - La dichiarazione viene compilata dal candidato di fronte al medico esaminatore
- Allegato mod. [23A/05](#) – Certificato medico
 - Il certificato viene rilasciato dal Medico Competente CRI o dalla Commissione Medica
- Allegato mod. [31A/05](#) - Certificato di idoneità
 - Il certificato viene rilasciato dal Medico Competente CRI o dalla Commissione Medica
- Allegato mod. [26/05](#) – Autorizzazione alla guida provvisoria (foglio rosa)
 - L'autorizzazione viene compilata dal Presidente del Comitato di appartenenza, in data successiva a quella della visita medica e consegnata al candidato
- **Patente CRI** in originale (se posseduta)
 - La patente CRI di categoria inferiore verrà ritirata e sostituita con il mod. [26A/05](#)
- Fotocopia **patente civile** (fronte e retro)
- Fotocopia **carta d'identità** leggibile e in corso di validità (fronte e retro)
- Fotocopia **codice fiscale** o tesserino sanitario (solo fronte)
- N. 2 **foto tessera** uguali e recenti
 - Le foto dovranno essere ritagliate alle dimensioni di 30 x 30 mm
 - Una fotografia dovrà essere incollata sulla 3^a pagina della cartellina mod. [27/05](#)
 - Una fotografia dovrà riportare, sul retro, nome e cognome del candidato in stampatello

Documenti necessari per rinnovo patenti CRI

- Allegato mod. [27/05](#) – Cartellina
 - La cartellina deve essere stampata su carta A3, fronte/retro
- Allegato mod. [201/05](#) - Dichiarazione stato di salute
 - La dichiarazione viene compilata dal candidato di fronte al medico esaminatore
- Allegato mod. [23A/05](#) – Certificato medico
 - Il certificato viene rilasciato dal Medico Competente CRI o dalla Commissione Medica
- Allegato mod. [31A/05](#) - Certificato di idoneità
 - Il certificato viene rilasciato dal Medico Competente CRI o dalla Commissione Medica
- Allegato mod. [26A/05](#) – Autorizzazione alla guida provvisoria (foglio rosa sostitutivo)
 - L'autorizzazione viene compilata dal Presidente del Comitato di appartenenza, in data successiva a quella della visita medica e consegnata al candidato
- **Patente CRI** in originale
 - La patente CRI in scadenza verrà ritirata e sostituita con il mod. [26A/05](#)
- Fotocopia **patente civile** (fronte e retro)
- Fotocopia **carta d'identità** leggibile e in corso di validità (fronte e retro)
- Fotocopia **codice fiscale** o tesserino sanitario (solo fronte)
- N. 2 **foto tessera** uguali e recenti
 - Le foto dovranno essere ritagliate alle dimensioni di 30 x 30 mm
 - Una fotografia dovrà essere incollata sulla 3^a pagina della cartellina mod. [27/05](#)
 - Una fotografia dovrà riportare, sul retro, nome e cognome del candidato in stampatello



Documenti necessari per visita medica presso il Medico CRI

- Allegato mod. [201/05](#) - Dichiarazione stato di salute
 - La dichiarazione viene compilata dal candidato di fronte al Medico CRI
- Allegato mod. [23A/05](#) – Certificato medico
 - Il certificato viene compilato dal Medico. I dati anagrafici possono essere pre-compilati
- Allegato mod. [31A/05](#) – Certificato di Idoneità
 - Il certificato viene compilato al termine della visita.

Al termine della visita il mod. [201/05](#) e il mod. [23A/05](#) vengono inseriti in una busta chiusa, sigillata a cura del Medico Esaminatore, che viene **conservata nella cartella personale** del candidato **oppure restituita** all'interessato, a scelta del Comitato di appartenenza.

Il solo mod. [31A/05](#) viene allegato alla pratica fuori busta.

Documenti necessari per visita medica presso la Commissione Medica

- Allegato mod. [55A/05](#) – Certificato anamnestico
 - Il certificato deve essere compilato dal medico curante del candidato
- Allegato mod. [201A/05](#) - Dichiarazione stato di salute
 - La dichiarazione viene compilata dal candidato di fronte alla Commissione Medica
- Eventuale **documentazione** relativa a **patologie** croniche o acute recenti
 - Prestare attenzione in caso di diabete o cardiopatie
 - Eventuali costi di certificazione sono a carico del candidato (vedi art. 51.7 del T.U.)
- Eventuale **certificazione** relativa a **lenti da vista** o a **contatto**
 - La certificazione può essere rilasciata dal medico oculista o dall'ottico di fiducia
 - Eventuali costi di certificazione sono a carico del candidato (vedi art. 51.7 del T.U.)
- Allegato mod. [23A/05](#) – Certificato medico
 - Il certificato viene compilato dal Medico. I dati anagrafici possono essere pre-compilati
- Allegato mod. [31A/05](#) – Certificato di Idoneità
 - Il certificato viene compilato al termine della visita

I costi relativi a **certificazioni** ed **accertamenti integrativi** richiesti dalla Commissione Medica sono a **carico del candidato** (vedi art. 51.7 del T.U.), salvo diversa decisione del Comitato di appartenenza.

Al termine della visita i mod. [55A/05](#), mod. [201A/05](#) e mod. [23A/05](#), oltre alla documentazione relativa a patologie e lenti da vista, vengono inseriti in una busta chiusa, sigillata a cura del Medico Esaminatore, che viene **conservata nella cartella personale** del candidato **oppure restituita** all'interessato, a scelta del Comitato di appartenenza.

Il solo mod. [31A/05](#) viene allegato alla pratica fuori busta.



Test di velocità dei riflessi

Nei casi sottoelencati, il candidato deve essere sottoposto al test di velocità dei riflessi:

- In caso di rilascio o rinnovo di patente CRI **cat. 6 – 7 – 8 – 9**
- Nei casi previsti dalla tabella mod. [22/2020](#), allegata al [Provvedimento n. 81 del 31 agosto 2020](#)

Il test di velocità dei riflessi potrà essere svolto, su appuntamento, presso il **Comitato Provincia Granda**

Il referto del test deve essere presentato in sede di visita medica

Al termine della visita medica, il referto del test deve essere **inserito nella busta chiusa** contenente la documentazione sanitaria.



Esempi di compilazione

Tutti i moduli allegati vengono forniti come file .PDF con campi editabili. Possono essere stampati e compilati manualmente o compilati in forma elettronica, nella parte di competenza dell'Ufficio Patenti del Comitato CRI, e stampati successivamente.

Per ognuno dei moduli è riportato un esempio di compilazione.

La parte di competenza dell'Ufficio Patenti è compilata in colore rosso.

La parte da compilare a cura del candidato o del medico CRI è riquadrata in verde. Per queste parti è prevista unicamente la compilazione manuale.

In alcuni casi sono presenti richiami per l'attenzione, sempre in colore verde.

Alcune pagine, contenenti note esplicative, ma nessun dato da compilare, sono state omesse da questi esempi.



Allegato 23 A /05 (PAT)

CROCE ROSSA ITALIANA
COMITATO PROVINCIA GRANDA

CERTIFICATO MEDICO
Per il

<input checked="" type="checkbox"/> RILASCIO	<input type="checkbox"/> RINNOVO	<input type="checkbox"/> REVISIONE
--	----------------------------------	------------------------------------

(Crocettare il caso che ricorre)
Della patente CRI categoria

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4b	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5b	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
----------------------------	----------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------	----------------------------	-----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

(Crocettare la/le categorie che ricorrono)

Si cerca che il/la signor/a BIANCHI GIUDITTA ato/ a CUNEO 29/02/1996

Doc di riconoscimento CARTA DI IDENTITA' n. AB 123456 CD rilasciato da COMUNE DI CUNEO

il 30/04/2019 ha statura di m. 1,65 e peso di Kg 50

Non presenta sintomi che lo rivelino fare abuso di bevande alcoliche od essere in stato di dipendenza da sostanze stupefacenti, psicotrope o che comunque alterino lo stato psico-sico della persona.
E' esente da anomalie della conformazione o dello sviluppo somaco, e da mala, e siche o psichiche, decienze organiche o minorazioni anatomiche e/o funzionali che possano comunque pregiudicare la sicurezza della guida di quei determina pi di veicoli ai quali la patente abilita.

Possiede	occhio destro	occhio sinistro	Visione no-urna	_____
			Senso cromaco	_____
Occhio nudo	_____	_____	Campo visivo	_____
Rifrazione corre-a	_____	_____	Senso stereoscopico	_____
Grado di rifrazione	_____	_____	Visione binoculare	_____
Percepisce la voce di conversazione	con / senza (1)		protesi acusca	monoaurale / binaurale (1)
A destra	_____ m.	-	a sinistra	_____ m.
Possiede tempi di reazione a smoli semplici e complessi (*) (misura in decili)				
Smoli luminosi	rapidità _____	regolarità _____		
Smoli acusci	rapidità _____	regolarità _____		
In conseguenza si giudica che è:	<input type="checkbox"/> idoneo - <input type="checkbox"/> non idoneo (1) per la guida patente di categoria _____			
Osservazioni (2)	_____			
(1) <input type="checkbox"/> - Obbligo di lenti durante la guida	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 60px; height: 60px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> Timbro dell'ufficio O del Sanitario </div> Generalità, qualica e firma del sanitario			
(1) <input type="checkbox"/> - Obbligo di apparecchio durante la guida				
Data rilascio	_____			

Di competenza del medico

(1) Contrassegnare con una croce (X) il caso che ricorre
(2) Il giudizio di non idoneità deve essere adeguatamente motivato

Modello conforme all' Art. 331 (***) (Modello IV 5) del regolamento di esecuzione del C.d.S. (DPR 16.12.1992). n.495, aggiornato dagli art. 182 (*) e 236 (***) del DPR 16.9.1996 n.610

OMF - art 53Reg - Allegato 23 A (PAT) al Testo Unico O.C. n° 261/05 del 17.05.200



Allegato 25 B /05 (PAT)
(Autocertificazione)

**Autocertificazione di attestazione possesso requisiti generali
per il conseguimento della Patente di guida C.R.I. Mod. 138/05**

Io sottoscritto, Cognome BIANCHI Nome GIUDITTA
nato a CUNEO il 29/02/1996 residente
a CUNEO (CN) in via BODINA n° 15 Unità C.R.I. di
appartenenza CUNEO componente C.R.I. VOLONTARIO

Avendo richiesto il rilascio della Patente di guida C.R.I. Mod. 138/05 per la guida dei veicoli C.R.I., delle
categorie (2):

Tipo 1 2 3 4 4b 5 5b 6 7 8 9 (per descrizione Tipo, vedere sul retro)
(depenare le voci che NON ricorrono)

ATTENZIONE: sbarrare le voci NON richieste

consapevole delle responsabilità derivanti dalle dichiarazioni mendaci, anche in ordine a quanto previsto dall'art.

58 comma 6 del Testo Unico C.R.I., approvato con O.C. n° 261/05 del 17/05/2005,

DICHIARO

- di essere in possesso di patente di guida civile, militare o assimilata _____
di categoria (o modello) _____ rilasciata da _____ il _____;
 - (ovvero) di non essere titolare di alcuna patente di guida civile, militare o assimilata;
 - di non aver subito provvedimenti di sospensione o revoca della patente di guida civile, militare o
assimilata negli ultimi: 3 anni (Tipo 2) 5 anni (Tipo 3 e 4) MAI (Tipo 5, 6, 7, 8 e 9)
 - (ovvero) di aver subito provvedimenti di sospensione o revoca della patente di guida civile, militare o
assimilata in data _____ per un periodo di _____ giorni o di _____ mesi;
 - di non essere titolare di patente "speciale";
 - (ovvero) di essere titolare di patente "speciale" con le seguenti Prescrizioni (eventuali) (3):
- | | | | |
|----|---------------------------------------|----|--|
| 01 | Correzione e/o protezione della vista | 02 | Protesi uditiva o ausilio per la comunicazione |
| 03 | Protesi per arti | 05 | Usi limitati: _____ |
- di non aver subito condanne passate in giudicato, che comportino la destituzione dai pubblici uffici;
 - (ovvero) di aver subito condanne passate in giudicato, che comportino la destituzione dai pubblici uffici;

La presente autocertificazione è allegata e parte integrante del Fascicolo del conducente CRI (Allegato 27) da me
compilato e sottoscritto, con il quale ho espressamente autorizzato la C.R.I. al trattamento dei miei dati personali,
compresi quelli del presente documento.

Data, _____

IN FEDE, IL DICHIARANTE

- (1) Denominazione Comitato C.R.I. di appartenenza
- (2) Depenare le voci che NON ricorrono, lasciando visibili solo le categorie di validità della patente
- (3) Apporre una "X" sul codice delle voci che eventualmente ricorrono. **Compilazione a cura del candidato**

Il presente documento è rilasciato in due copie delle quali una è consegnata all'interessato e una inserita nel fascicolo del
procedimento per il rilascio della Patente di guida C.R.I..

Allegato 25 B /05 (PAT)
(retro)

Allegato 26/05 (PAT)

CROCE ROSSA ITALIANA

Comitato di (1) CUNEO

Protocollo n° 123/2021

Autorizzazione alla guida provvisoria dei veicoli C.R.I.

Il Presidente C.R.I., vista l'idoneità come da certificato medico, autorizza:

Cognome BIANCHI Nome GIUDITTA

nato a CUNEO il 29/02/1996 residente a
CUNEO in via BODINA 15

Unità C.R.I. CUNEO Componente C.R.I. VOLONTARIO

alla guida di veicoli C.R.I. che abilita a condurre la patente C.R.I. di tipo 3-4 in
dotazione dell'Unità C.R.I. di appartenenza, a scopo didattico, finalizzato al conseguimento
della patente C.R.I. modello 138/05

Prescrizioni: 1 Correzione e/o protezione della vista 2 Protesi uditiva o ausilio per la comunicazione
(eventuali) 03 Protesi per arti 5 Usi limitati: _____

La validità della presente autorizzazione è subordinata alla presenza a fianco del guidatore di un autista C.R.I. appositamente delegato a seguire gli aspiranti autisti, ed in possesso di regolare patente C.R.I. mod. 138/05 in corso di validità.

L'autorizzazione non può essere utilizzata per lo svolgimento di attività di soccorso o di trasporto di persone diverse dai Soci C.R.I..

La presente autorizzazione ha **validità** di **6 mesi** dalla data del rilascio.

Data 30/04/2021

Il Presidente

(1) Denominazione Unità C.R.I. di appartenenza



(retro)

Il Sig. BIANCHI GIUDITTA data inizio corso di guida 01/05/2021

n° di lezione	tipo di lezione teorica/pratica	argomento	istruttore	Km	ore
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

N.B. Lezioni pratiche minimo 30 minuti

Totale ore di lezione teoriche _____ Totale ore di guida _____ Tot. km percorsi _____ Data fine istruzione _____

Idoneo ad effettuare esame: SI NO

Motivazione _____

data _____

Il Docente

CROCE ROSSA ITALIANA

Comitato di (1) CUNEO

Protocollo n° 345/2021

Autorizzazione alla guida provvisoria dei veicoli C.R.I.

Il Presidente C.R.I., vista l'idoneità come da certificato medico, autorizza:

Cognome GARIBALDI Nome GIUSEPPE

nato a NICE (F) il 04/07/1957 residente a
CUNEO in via F.LLI RAMORINO 3

Unità C.R.I. CUNEO Componente C.R.I. VOLONTARIO

alla guida di veicoli C.R.I. di tipo 3 - 4 - 5 - 5b in dotazione dell'Unità C.R.I. di appartenenza.

Prescrizioni: 1 Correzione e/o protezione della vista 2 Protesi uditiva o ausilio per la comunicazione
(eventuali) 3 Protesi per arti 05 Usi limitati: _____

La presente sostituisce la patente C.R.I.mod. 138/05 n. 123456 cat. 3 - 4 - 5 - 5b
del 29/04/2015 rilasciata da COMITATO PROVNCIA GRANDA

in attesa di rinnovo / sostituzione / riclassificazione.

La presente autorizzazione ha **validità** di **6 mesi** dalla data del rilascio.

Data 30/04/2021

Il Presidente

(1) Denominazione Unità C.R.I. di appartenenza



Allegato 27 / 05 (PAT)

Mod. 138/05 n°	
Emesso il	
Intestato a	BIANCHI GIUDITTA
Unità C.R.I. di	CUNEO

CROCE ROSSA ITALIANA
COMITATO PROVINCIA GRANDA DI CUNEO
UFFICIO PATENTI

DOMANDA PER

<input checked="" type="checkbox"/> CONVERSIONE	<input type="checkbox"/> RINNOVO	<input type="checkbox"/> RINNOVO OVER 70	<input type="checkbox"/> RILASCIO CON ESAME	<input type="checkbox"/> DECLASSAMENTO
---	----------------------------------	--	---	--

(crocettare la casella che ricorre)

PATENTE DI GUIDA C.R.I. Mod. 138/05

(ai sensi dell'Art. 138 del Codice della Strada D.L. n° 285 del 30.04.1992 e successive modificazioni ed integrazioni)



OFM – art. 64 comma 3 Reg. – Allegato 27/05 (PAT) al Testo Unico O.C. n° 261/05 del 17.05.2005

PROMEMORIA PER IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

DOCUMENTI RICEVUTI

A RICEZIONE DELLA PRATICA

- CERTIFICATO MEDICO (allegato 31A)
- 2 FOTO TESSERA (formato cm 3,0 x 3,0)
- ORIGINALE PATENTE CRI (se posseduta)
- FOTOCOPIA PATENTE CIVILE (da entrambi i lati)
- FOTOCOPIA CARTA IDENTITA' E CODICE FISCALE
- _____
- _____

(DATA)

(ORA)

(FIRMA DI CHI RICEVE I DOCUMENTI)

ULTERIORI DOCUMENTI RICEVUTI A ESAME SOSTENUTO

- ALLEGATO 26 - (FOGLIO ROSA)
- ALLEGATO 25 B - (AUTOCERTIFICAZIONE)
- _____
- _____
- _____

(DATA)

(ORA)

(FIRMA DI CHI RICEVE I DOCUMENTI)



PATENTE CRI RICHIESTA											
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4b	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5b	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	
PATENTE CIVILE DI GUIDA											
<input type="checkbox"/> A	<input checked="" type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> Be	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> BE	<input type="checkbox"/> CE	<input type="checkbox"/> DE	<input type="checkbox"/> CARRELLO		
										NUMERO 1X2Y3456ZW	
COGNOME BIANCHI						SESSO F					Punto 5 delle patenti badge
NOME GIUDITTA											
DATA DI NASCITA 29/02/1996			CAP DI NASCITA 12100			STATO ESTERO					RICHIESTA PATENTE CRI DI GUIDA
COMUNE DI NASCITA CUNEO						PROV. CN					
CODICE FISCALE BNCGTT96B69D205C						GRUPPO SANGUIGNO A RH+					
COMUNE DI RESIDENZA CUNEO						PROV. CN		CAP DI RESIDENZA 12100			
INDIRIZZO (VIA/CORSO/PIAZZA) VIA BODINA						N. CIVICO 15					Incollare o graffiare foto
ESTREMI PATENTE MILITARE (se posseduta)											
<p>PER LE ALTRE ISTRUZIONI VEDERE L'ULTIMA PAGINA DELLA CARTELLINA DICHIARAZIONE DEL CANDIDATO</p> <p>Io sottoscritto, a perfetta conoscenza delle norme che regolano il rinnovo, la sospensione e la revoca della patente di guida C.R.I. Mod. 138/05, mi impegno a rispettare tali norme usando il comune criterio di prudenza e diligenza. Mi impegno altresì a farmi carico di eventuali sanzioni amministrative derivanti da violazioni alle norme del Codice Di Strada, che riguardino la mia esclusiva e personale responsabilità. Mi impegno infine a restituire la patente.</p>											EMESSA PATENTE N° _____ In data: _____
DATA 30/04/2021		FIRMA DEL CANDIDATO <i>Giuditta Bianchi</i>									
1° PROVA ESAME			2° PROVA ESAME				3° PROVA ESAME				
Esito Teoria			Esito Teoria				Esito Teoria				
<input type="checkbox"/> IDONEO	<input type="checkbox"/> NON IDONEO		<input type="checkbox"/> IDONEO	<input type="checkbox"/> NON IDONEO			<input type="checkbox"/> IDONEO	<input type="checkbox"/> NON IDONEO			
Esito Guida			Esito Guida				Esito Guida				
<input type="checkbox"/> IDONEO	<input type="checkbox"/> NON IDONEO		<input type="checkbox"/> IDONEO	<input type="checkbox"/> NON IDONEO			<input type="checkbox"/> IDONEO	<input type="checkbox"/> NON IDONEO			
Data esame _____			Data esame _____				Data esame _____				

Facoltativo

Non dimenticare!



Allegato 31A /05 (PAT)

CROCE ROSSA ITALIANA

COMUNICAZIONE AI SENSI DELL'ART. 331 DEL D.P.R. 16 DICEMBRE 1962 N. 495
(da compilare a macchina o a stampatello)

Sig./ra **BIANCHI** **GIUDITTA**
(cognome) (nome)
nato/a a **CUNEO** (**CN**) il **29** / **02** / **1996** nazionalità **ITALIANA**
giorno mese anno
codice fiscale **BNCGTT96B69D505C** residente in **CUNEO** (**CN**)
(Comune) (Prov.)
Via: **BODINA** n° **15** C.A.P. **12100**

Il presente documento consente al Comitato C.R.I. competente, di poter stampare e recapitare all'unità C.R.I. interessata la patente C.R.I. rinnovata

con visita effettuata in data ___ / ___ / ___

E' IDONEO AL: RILASCIO PER ESAME - CONVERSIONE - CONFERMA DI VALIDITA'
(cancellare i casi che non ricorrono)

della patente CRI categoria:

1	2	3	4	4b	5	5b	6	7	8	9
---	---	---	---	----	---	----	---	---	---	---

(crocettare la/le categorie che ricorrono)

con le seguenti prescrizioni (1)

- NESSUNA PRESCRIZIONE (N)
- OBBLIGO LENTI (L)
- OBBLIGO LENTI A CONTATTO (C)
- OBBLIGO PROTESI ACUSTICA (U)

annotazioni:

L'interessato è in possesso della patente _____ categoria _____ n. _____
(CRI / civile)

rilasciata il _____ da _____

N.B. Il certificato medico originale è consegnato all'interessato

Generalità, qualifica e firma del Sanitario

(Firma e Timbro)

DA INVIARE AL COMITATO C.R.I. COMPETENTE AL RILASCIO DELLA PATENTE UNITAMENTE AI DOCUMENTI NECESSARI PER LA STAMPA DELLA PATENTE C.R.I

Qualifica e nominativo del sanitario

Sede C.R.I. presso la quale ha svolto l'accertamento

via/piazza _____ n° _____ comune _____ Prov. () C.A.P. _____

Di competenza del medico

Modello conforme all'art. 236 del D.P.R. 16.9.1996 che sostituisce l'art. 331 del D.P.R. 16.12.1992, n. 495



CERTIFICATO ANAMNESTICO DEL MEDICO CURANTE

N.B.: Le parti *in corsivo* corrispondono al modello previsto dal Ministero; le restanti domande o approfondimenti delle domande "ministeriali" sono proposte dalla Commissione Sanitaria per raccogliere un'anamnesi più approfondita.

il/la sottoscritto/a dott. _____

Medico curante del/la signor/ra _____

nell'ambito dell'accertamento medico dell'idoneità psicofisica per svolgere servizio come Volontario della Croce Rossa

DICHIARA

in relazione agli stati patologici di seguito elencati, che i Sig./ra _____

	(barrare sì o no)	
Soffre di <i>patologie dell'apparato cardiocircolatorio</i> (Es.: pressione alta anche se normalizzata dal trattamento; pregresso infarto; angina; pregresso intervento cardiocirurgico; aneurisma; aritmie)? Se sì, indicare quali: _____	Sì	No
Soffre di <i>diabete mellito</i> ? Se sì specificare se: Insulinodipendente Trattato con dieta o ipoglicemizzanti orali	Sì	No
Soffre di <i>patologie endocrine</i> (es.: della tiroide, dei surreni, dell' ipofisi, ecc.)? Se sì, indicare quali: _____	Sì	No
Soffre o ha mai sofferto di malattie neurologiche (es. m. di Parkinson, emiparesi, ischemia cerebrale transitoria, sclerosi multipla, ecc.)? Se sì, indicare quali: _____	Sì	No
Sussistono(soffre di) o ha mai sofferto di turbe o patologie psichiche(es. ansia, depressione, allucinazioni, ecc.)? Se sì, indicare quali e in che periodo ne ha sofferto: _____	Sì	No
E' attualmente o è mai stato in passato in cura con tranquillanti, antidepressivi, barbiturici, sonniferi od altri farmaci psicotropi? (Fa uso di sostanze psicoattive? – questa domanda comprende anche le due che seguono) Se sì, indicare quali e in che periodo ne ha sofferto: _____	Sì	No
Ha mai avuto sospensioni o revisione della patente per guida in stato di ebbrezza alcolica? Ha mai avuto problemi relativi ad abuso di alcoolici? Se sì, indicare specificare: _____	Sì	No
Ha mai avuto sospensioni o revisione della patente per uso di stupefacenti? Ha mai fatto uso di canapa indiana, eroina, cocaina, anfetamine, LSD od altre droghe d' abuso? Se sì, specificare: _____	Sì	No
Ha mai subito un trauma cranico? Se sì, specificare: _____	Sì	No



<p><i>Soffre di EPILESSIA o ha mai manifestato crisi epilettiche o convulsioni?</i> <i>Se sì, specificare la data quando si è manifestata l'ultimo episodio</i> _____</p> <p>Se sì, Specificare la Terapia seguita: _____</p>	Si	No
<p><i>Sussistono (soffre di) malattie del sangue?</i></p> <p>Se sì, Specificare quali: _____</p>	Si	No
<p><i>Sussistono (soffre di) malattie dell'apparato uro-genitale? (Es.: Insufficienza renale cronica, ecc.)</i></p> <p>Se sì, Specificare quali: _____</p>	Si	No
<p>Prende medicine o ne ha prese per più di una settimana nell'ultimo anno? _____</p> <p>Se sì, Indicare quali, in che periodo ed a quali dosaggi: _____</p>	Si	No
<p>Ha problemi di vista non correggibili con lenti?</p> <p>Se sì, Indicare quali: _____</p>	Si	No
<p>Porta lenti a contatto?</p>	Si	No
<p>Ha problemi di udito?</p>	Si	No
<p>Porta protesi d'arto (anche parziali), tutori, ha amputazioni (anche parziali) o limitazioni funzionali a carico di uno o più arti?</p> <p>Se sì, Specificare: _____</p>	Si	No
<p>Porta protesi acustiche?</p>	Si	No

Data: _____.

Timbro e Firma del Medico Curante _____

DICHIARAZIONE AI SENSI DELLA LEGGE SULLA PRIVACY DEL VOLONTARIO

Ai sensi vigente Codice per la Protezione dei Dati Personali vengo informato del fatto che i dati personali e riguardanti le mie condizioni di salute emersi a seguito della presente visita, tutelati dal segreto d'Ufficio, saranno archiviati, per disposizioni di Legge, verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche. Saranno trasmessi ai competenti uffici della Motorizzazione CRI, a loro volta vincolati dall'obbligo del segreto d'ufficio, per gli adempimenti di competenza previsti dalla Legge.

Il sottoscritto _____ autorizza la Commissione Sanitaria CRI, se lo riterrà necessario, a chiedere ed esaminare copia della documentazione sanitaria che lo riguarda, conservata presso strutture pubbliche. Inoltre autorizza l'inserimento dei dati personali e riguardanti le proprie condizioni di salute emersi nel corso della presente visita, in una cartella clinica medico legale che sarà esaminata dal personale autorizzato e vincolato all'obbligo del segreto d'Ufficio ad ogni richiesta di benefici di qualsiasi natura presentata a strutture del Servizio Sanitario pubblico.

Data _____

Firma del Volontario _____



CROCE ROSSA ITALIANA
Comitato Provincia Granda - Cuneo

Allegato Mod. 201

DICHIARAZIONE DA FIRMARE IN PRESENZA DEL MEDICO ESAMINATORE

Il/La sottoscritto/a BIANCHI GIUDITTA
nato/a a CUNEO Provincia di CN
il 29/02/1996 Residente in CUNEO Provincia di CN
Corso/Via/Viale/Piazza VIA BODINA n. 15

Nell'ambito dell'accertamento medico legale dell'idoneità al conseguimento/conferma della patente di guida dei veicoli di cui alla categoria 3-4, reso edotto della responsabilità penale (art. 495 e 496 C. P.) cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace resa al medico esaminatore,

Attenzione!

DICHIARA

di non essere stato sottoposto recentemente ad accertamenti sanitari sull'idoneità psicofisica alla guida (si ricorda di barrare le voci che non ricorrono).

● di essere portatore di lenti a contatto	SI - NO
● di essere portatore di protesi acustiche	SI - NO
ed in relazione agli stati patologici di seguito elencati, che:	
● sussistono patologie dell'apparato cardiocircolatorio e/o ipertensione (se SI quali _____)	SI - NO
● sussiste diabete (se SI quali specificare se insulindipendente _____)	SI - NO
● sussistono altre patologie endocrine (se SI quali _____)	SI - NO
● sussistono turbe e/o patologie psichiatriche o neurologiche (se SI quali _____)	SI - NO
● fa uso di sostanze psicoattive (psicofarmaci, alcool, droghe ...) (se SI quali _____)	SI - NO
● soffre di epilessia o ha manifestato crisi epilettiche (se SI specificare quando si è manifestata l'ultima _____)	SI - NO
● sussistono malattie del sangue (se SI quali _____)	SI - NO
● sussistono malattie dell'apparato nefrologico (se SI quali _____)	SI - NO
● sussistono lesioni a carico degli arti (se SI quali _____)	SI - NO
Firma del Volontario C.R.I.	
Data _____	

In caso di dichiarazione mendace si provvederà a sottoporre a revisione la 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.

Compilare e firmare davanti al medico



**INFORMATIVA E RICHIESTA DI CONSENSO AL
TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**
(LEGGE 196 del 30 giugno 2003)

MODULO PER IL RILASCIO PATENTE C.R.I.

Ai sensi dell'articolo 13 della legge 196/2003, recante disposizioni a "Tutela delle persone e d'altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali", s'informa che i dati che Vi riguardano, da Voi forniti, saranno oggetto di trattamento, nel rispetto della normativa sopra richiamata, per provvedere agli adempimenti connessi all'attività ed ai fini istituzionali della Croce Rossa Italiana ed in particolare:

- Per dare esecuzione alle finalità gestionali, formative, Socio assistenziali e Sanitarie dell'Associazione;
- Per dare esecuzione presso ogni Ente pubblico o privato agli adempimenti connessi al rapporto intercorrente;
- In forma anonima, per effettuare statistiche e ricerche mirate allo sviluppo dell'attività dell'Associazione.

Il trattamento dei dati avverrà mediante strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza, e potrà essere effettuato mediante strumenti automatizzati (anche gestiti da terzi), atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati stessi.

I dati a Voi riferibili potranno essere comunicati:

- A soggetti esterni che svolgono specifici incarichi per conto della nostra Associazione, nell'ambito dell'attività esercitata e dei sottostanti adempimenti;
- A soggetti pubblici e privati con cui la Croce Rossa Italiana intrattiene rapporti di servizio o di collaborazione;
- Nei casi previsti dalla Legge.

In relazione ai predetti trattamenti potrete esercitare tutti i diritti di cui all'Art. 13 della Legge 675/96 tra cui in particolare, il diritto di conoscere i Vostri dati personali registrati, ottenere la cancellazione, l'aggiornamento, la rettifica o l'integrazione, opporVi per motivi legittimi a trattamenti di dati pertinenti allo scopo della raccolta od effettuati per fini d'informazione e comunicazione commerciale.

Il Responsabile al trattamento dei dati è il Responsabile Patenti C.R.I. pertinente.

ESPRESSIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, SENSIBILI IN TUTTE LE OPERAZIONI NECESSARIE PER LO SVOLGIMENTO DEL SERVIZIO RICHIESTO.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
(Cognome e Nome)

Provincia di _____ esprime il consenso al trattamento dei dati personali per le per le finalità sopra indicate, ai sensi della Legge n° 196/03.

Luogo e data: Cuneo, li _____

(Firma)

SEZIONE RINNOVO PATENTE C.R.I.

Ai sensi della legge 196/03, il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
(Cognome e Nome)

il _____ Provincia di _____

Esprime il consenso al trattamento dei dati personali, sensibili in tutte le operazioni necessarie per lo svolgimento del servizio richiesto.

Luogo e data: _____

(Firma)

Compilare e firmare davanti al medico



CROCE ROSSA ITALIANA
Comitato Provincia Granda – Cuneo
Rinnovo patenti in Commissione Medica Provinciale

.DICHIARAZIONE DA FIRMARE IN PRESENZA DELLA COMMISSIONE

Il/la sottoscritto/a GARIBALDI GIUSEPPE
Nato/a NICE (F) il 19/04/1945 Prov. EE
Residente in CUNEO Via ROMA 26 Prov. CN

Nell'ambito dell'accertamento medico legale dell'idoneità al rinnovo della patente CRI

Cat. 3-4-5-5B,

Reso edotto della responsabilità penale (Art. 495 e 496 C. P.) cui posso andare incontro in caso di dichiarazione mendace resa al medico esaminatore,

.DICHIARA

di non essere stato sottoposto recentemente ad accertamenti sanitari sull'idoneità psicofisica alla guida
(si ricorda di barrare le voci che **NON** ricorrono).

<input type="checkbox"/> di essere portatore di lenti a contatto	SI - NO
<input type="checkbox"/> di essere portatore di protesi acustiche	SI - NO
ed in relazione agli stati patologici di seguito elencati, che:	
<input type="checkbox"/> sussistono patologie dell'apparato cardiocircolatorio e/o ipertensione (se SI quali _____)	SI - NO
<input type="checkbox"/> sussiste diabete (se SI quali specificare se insulinodipendente _____)	SI - NO
<input type="checkbox"/> sussistono altre patologie endocrine (se SI quali _____)	SI - NO
<input type="checkbox"/> sussistono turbe e/o patologie psichiatriche o neurologiche (se SI quali _____)	SI - NO
<input type="checkbox"/> fa uso di sostanze psicoattive (psicofarmaci, alcool, droghe ...) (se SI quali _____)	SI - NO
<input type="checkbox"/> soffre di epilessia o ha manifestato crisi epilettiche (se SI specificare quando si è manifestata l'ultima _____)	SI - NO
<input type="checkbox"/> sussistono malattie del sangue (se SI quali _____)	SI - NO
<input type="checkbox"/> sussistono malattie dell'apparato nefrologico (se SI quali _____)	SI - NO
<input type="checkbox"/> sussistono lesioni a carico degli arti (se SI quali _____)	SI - NO
Data _____	(firma del Volontario)

Compilare e firmare davanti al medico

Allegato Mod. 201A

In caso di dichiarazione mendace si provvederà a sottoporre a revisione la 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.

.INFORMATIVA E RICHIESTA DI CONSENSO AL

.TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

.(LEGGE 196 del 30 giugno 2003)

.MODULO PER IL RILASCIO PATENTE C.R.I.

Hai sensi dell'articolo 13 della legge 196/2003, recante disposizioni a "Tutela delle persone e d'altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali", s'informa che i dati che Vi riguardano, da Voi forniti, saranno oggetto di trattamento, nel rispetto della normativa sopra richiamata, per provvedere agli adempimenti connessi all'attività ed ai fini istituzionali della Croce Rossa Italiana ed in particolare:

- ☐ Per dare esecuzione alle finalità gestionali, formative, Socio assistenziali e Sanitarie dell'Associazione;
- ☐ Per dare esecuzione presso ogni Ente pubblico o privato agli adempimenti connessi al rapporto intercorrente;
- ☐ In forma anonima, per effettuare statistiche e ricerche mirate allo sviluppo dell'attività dell'Associazione.

Il trattamento dei dati avverrà mediante strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza, e potrà essere effettuato mediante strumenti automatizzati (anche gestiti da terzi), atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati stessi.

I dati a Voi riferibili potranno essere comunicati:

- ☐ A soggetti esterni che svolgono specifici incarichi per conto della nostra Associazione, nell'ambito dell'attività esercitata e dei sottostanti adempimenti;
- ☐ A soggetti pubblici e privati con cui la Croce Rossa Italiana intrattiene rapporti di servizio o di collaborazione;
- ☐ Nei casi previsti dalla Legge.

In relazione ai predetti trattamenti potrete esercitare tutti i diritti di cui all'Art. 13 della Legge 675/96 tra cui in particolare, il diritto di conoscere i Vostri dati personali registrati, ottenere la cancellazione, l'aggiornamento, la rettifica o l'integrazione, opporVi per motivi legittimi a trattamenti di dati pertinenti allo scopo della raccolta od effettuati per fini d'informazione e comunicazione commerciale.

Il Responsabile al trattamento dei dati è il Responsabile Patenti C.R.I. pertinente.

.ESPRIMO/E IL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, SENSIBILI IN TUTTE LE OPERAZIONI NECESSARIE PER LO SVOLGIMENTO DEL SERVIZIO RICHIESTO.

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____ Prov. _____

esprime il consenso al trattamento dei dati personali per le finalità sopra indicate ai sensi della legge vigente.

Luogo e data, _____

(firma)

Compilare e firmare davanti al medico



Allegato 22/2020
(T.U. vers. 3.0)

LIMITI DI ETÀ MINIMI DI RILASCIO E MASSIMI DI RINNOVO DELLA PATENTE DI SERVIZIO C.R.I.

Modello CRI	Validità	Limite minimo di età	VECCHIO Limite massimo di età	Limite massimo di età	Limite massimo Patente Civile Art. 115 CcdS
1	10 anni (fino al 65° anno di età)	14 anni (con consenso dell'esercente la potestà del genitore)	80 anni	65 anni (certificato medico CRI decennale)	77 anni
	5 anni (dai 65° al 75° anno di età)			80 anni (un solo rinnovo di 3 anni in CMI)	
	1 anno (dai 75° in poi)			82 anni (oltre biennale tramite CMI)	
2	10 anni (fino al 65° anno di età)	18 anni	70 anni	77 anni (certificato medico CRI decennale)	77 anni
	5 anni (dai 65° al 75° anno di età)			80 anni (un solo rinnovo di 3 anni in CMI)	
	1 anno (dai 75° in poi)			82 anni (oltre biennale tramite CMI)	
3	10 anni (fino al 65° anno di età)	18 anni	80 anni	77 anni (certificato medico CRI decennale)	77 anni
	5 anni (dai 65° al 75° anno di età)			80 anni (un solo rinnovo di 3 anni in CMI)	
	1 anno (dai 75° in poi)			82 anni (oltre biennale tramite CMI)	
4	10 anni (fino al 65° anno di età)	18 anni	70 anni	77 anni (certificato medico CRI decennale)	77 anni
	5 anni (dai 65° al 75° anno di età)			80 anni (un solo rinnovo di 3 anni in CMI)	
	1 anno (dai 75° in poi)			82 anni (oltre biennale tramite CMI)	
4b	5 anni (fino al 60° anno di età)	21 anni	65 anni	64 anni (certificato medico CRI quinquennale)	77 anni
	2 anni (dai 60° al 64° anno)			80 anni (un solo rinnovo di 3 anni in CMI)	
	1 anno (dai 65° al 70° anno di età)			82 anni (oltre biennale tramite CMI)	
5	5 anni (fino al 65° anno di età)	21 anni	65 anni	65 anni (certificato medico CRI quinquennale)	77 anni
	2 anni (dai 65° al 69° anno di età)			80 anni (un solo rinnovo di 3 anni in CMI)	
	1 anno (dai 69° anno di età in poi)			82 anni (oltre biennale tramite CMI)	
5b	5 anni (fino al 60° anno di età)	21 anni	65 anni	64 anni (certificato medico CRI quinquennale)	77 anni
	2 anni (dai 60° al 64° anno di età)			80 anni (un solo rinnovo di 3 anni in CMI)	
	1 anno (dai 65° al 70° anno di età in poi)			82 anni (oltre biennale tramite CMI)	
6	5 anni (fino al 65° anno di età)	21 anni	65 anni	65 anni (certificato medico CRI quinquennale con prove riflessi)	65 anni
	2 anni (dai 65° al 69° anno di età)			68 anni (tramite CMI)	
	1 anno (dai 69° anno di età in poi)			80 anni (oltre biennale tramite CMI)	
7	5 anni (fino al 60° anno di età)	21 anni	65 anni	64 anni (certificato medico CRI quinquennale con prove riflessi)	60 anni
	2 anni (dai 60° al 64° anno di età)			68 anni (rinnovo annuale CMI)	
	1 anno (dai 64° anno di età in poi)			80 anni (un solo rinnovo di 3 anni in CMI)	
8	5 anni (fino al 65° anno di età)	21 anni	65 anni	65 anni (certificato medico CRI quinquennale con prove riflessi)	77 anni
	2 anni (dai 65° al 69° anno di età)			80 anni (un solo rinnovo di 3 anni in CMI)	
	1 anno (dai 69° anno di età in poi)			82 anni (oltre biennale tramite CMI)	
9	10 anni (fino al 65° anno di età)	21 anni	70 anni	65 anni (certificato medico CRI)	77 anni
	5 anni (dai 65° al 75° anno di età)			80 anni (un solo rinnovo di 3 anni in CMI)	
	1 anno (dai 75° in poi)			82 anni (oltre biennale tramite CMI)	

M.B. Nel rinnovo della Patente di Servizio CRI, il Tipo di Patente CRI superiore (fino alla Tipo 7, ed escluse quindi le Patenti Tipo 5, 5b, 8 e 9), determina il limite massimo di validità dell'intera Patente di Servizio CRI, anche in caso di declassamento.

Patente Tipo	Classificazione del veicolo su Patente C.R.I.	Caratteristiche dei veicoli utilizzati per l'esame pratico di guida	Veicoli tipo	Riferimento alla Categoria Internaz.le civile	
1	Ciclomotori di servizio ovvero veicoli ad essi assimilati	Motoveicoli per il trasporto di persone immatricolati per un passeggero oltre il conducente, Segway, monopattini elettrici, aventi potenza inferiore a 2 kW. ovvero 50 cc. (N.B. Obbligo di casco idoneo e omologato)	Ciclomotori	L1 L2	
2	Motoveicoli da trasporto e veicoli speciali da trasporto assimilabili	Motoveicoli per il trasporto di persone immatricolati per un passeggero oltre il conducente aventi potenze inferiori a 25 kW. o con rapporto potenza/peso fino a 0,16 kW/kg), ovvero superiori a 120 cc. e che raggiungono la velocità di almeno 100 km/h. Per i candidati di età superiore ai 21 anni la prova può essere effettuata con un motociclo senza sidecar avente una potenza inferiore a 35 kW (anziché 25 kW). (N.B. Obbligo di casco idoneo e omologato)	Motoveicoli	L3 L4 L5 L6 L7	
3	Autovetture di rappresentanza ed autocarri operativi leggeri. A questi veicoli possono essere agganciati rimorchi anche ad uso speciale, ovvero da trasporto aventi massa autorizzata inferiore a 2 t.	Autoveicoli adibiti al trasporto di cose o Persone, aventi massa complessiva non superiore alle 4,5 t. (N.B.: età minima 18 anni)	Autovetture	M1 N1 (<3,5t) O1	
4	Autovetture operative, Ambulanze da trasporto, veicoli speciali operativi assimilabili. A questi veicoli possono essere agganciati, rimorchi, anche ad uso speciale, operativi o da trasporto aventi massa inferiore a 2 t. kg	Autoveicoli adibiti al trasporto di persone e cose, Ambulanze da trasporto, aventi massa complessiva non superiore alle 4.5 t. e posti inferiori o uguali a 9 incluso conducente. (N.B.: età minima 18 anni, comprese Ambulanze in servizio ordinario)	Ambulanze da trasporto ordinario di infermi, Minibus (fino a 9 posti), Autocarri leggero (fino a 4.5 t.)	M1 N1 (<3,5t) O1	
4b	Minibus da trasporto ed operativi. Ai veicoli possono essere agganciati rimorchi anche ad uso speciale operativi o da trasporto aventi massa inferiore a 750 kg	Autoveicoli adibiti al trasporto di persone e cose aventi massa complessiva non superiore alle 4.5 t. e posti inferiori o uguali a 20 incluso conducente. (N.B.: età minima 21 anni)	Minibus (fino a 20 posti compreso conducente)	M2	
5	Ambulanze di soccorso, auto-mediche, ambulanze neonatali, unità mobili di cura intensiva, veicoli per il trasporto plasma od organi e veicoli speciali ad essi assimilati	Autoveicoli adibiti al trasporto di persone, attrezzature, farmaci o materiale biologico, allestiti per il servizio sanitario d'urgenza e muniti dei dispositivi di cui all'art. 177 C.d.S., aventi massa complessiva non superiore alle 4,5 t. (N.B.: età minima 21 anni per le Ambulanze in servizio di emergenza)	Ambulanze di soccorso per emergenza sanitaria. Auto-mediche per emergenza sanitaria	M1	

5b	Moto-mediche	<p>Motoveicoli per il trasporto di cose e persone immatricolati per un passeggero oltre il conducente e muniti dei dispositivi di cui all'art. 177 C.d.S., avente potenze inferiori a 25 kW. o con rapporto potenza/peso fino a 0,16 kW/kg), ovvero superiore a 120 cc. e che raggiunge la velocità di almeno 100 km/h.</p> <p>Per i candidati di età superiore ai 21 anni la prova può essere effettuata con un motociclo senza sidecar avente una potenza inferiore a 35 kW (anziché 25 kW).</p> <p>Motoslitte da soccorso su piste e strade innevate, impegnate in servizi di attività speciali aventi con potenza compresa fra 11 e 35 KW, anche dotate di rimorchio sanitario a traino e munite dei dispositivi di cui all'art. 177 C.d.S.. Per tali veicoli speciali la patente 5b è valida in abbinamento alla patente Tipo 9.</p> <p>(N.B.: età minima 21 anni per le Ambulanze in servizio di emergenza)</p>	<p>Motoveicoli da strada, a 2, 3 o 4 ruote, per interventi di emergenza o emergenza sanitaria.</p> <p>Motoveicoli da neve dotati di pattini direzionali e cingoli di trazione, per interventi di emergenza o emergenza sanitaria. Per tali veicoli speciali la patente 5b è valida in abbinamento alla patente Tipo 9</p>	L3 L4 L5 L6 L7	
6	Autocarri operativi medi e pesanti, trattori stradali, operativi carri attrezzi e veicoli speciali ed essi assimilati. Ai veicoli possono essere agganciati rimorchi anche ad uso speciale operativi o da trasporto aventi massa inferiore a 2 t.	<p>Autoveicoli adibiti al trasporto di cose aventi massa complessiva superiore alle 4,5 t.</p> <p>(N.B.: età minima 21 anni)</p>	Autocarri pesanti per trasporto di cose	N2 (<12,00t) N3 (>12,00t)	
7	Autobus da trasporto ed operativi. Ai veicoli possono essere agganciati rimorchi anche ad uso speciale operativi o da trasporto aventi massa inferiore a 2 t.	<p>Autoveicoli adibiti al trasporto di persone e cose aventi massa complessiva superiore alle 4,5 t. e posti superiori a 20 oltre quello del conducente.</p> <p>(N.B.: età minima 21 anni)</p>	Autobus per trasporto di persone	M3	
8	Rimorchi operativi e da trasporto aventi massa autorizzata uguale o superiore a 2 t.	<p>Complessi veicolari composti da autoveicolo adibito al trasporto di persone e cose avente massa complessiva superiore alle 4,5 t. e posti inferiori o uguali a 20 oltre quello del conducente., a cui è abbinato un rimorchio o semi rimorchio di massa complessiva superiore alle 2 t.</p> <p>(N.B.: età minima 21 anni)</p>	Rimorchi per trasporto di cose e/o di persone	O2 O3 O4	
9	Macchine operatrici, carrelli elevatori, moto carrelli da trasporto e operativi altri veicoli per movimentazione di merci o per l'effettuazione di lavori compresi i veicoli speciali.	<p>Macchine operatrici, carrelli elevatori, moto carrelli da trasporto e operativi altri veicoli per movimentazione e la elevazione di merci, compresi i carichi sospesi, o per l'effettuazione di lavori in elevazione, compresi i veicoli speciali.</p> <p>Per i veicoli speciali dotati di dispositivi supplementari di allarme la patente Tipo 9 è utilizzata congiuntamente alla Tipo 5, o 5b per i veicoli assimilabili ai motoveicoli (es. motoslitte).</p> <p>(N.B.: età minima 18 anni i soli veicoli cat. M1, età minima 21 anni tutti gli altri veicoli cat. N, O, T, R, S)</p> <p><u>RIFERIMENTI NORMATIVI</u></p> <p>(D.Lgs. 81/08 art. 36; 37 e 71 – formazione, informazione, idoneità attrezzature)</p> <p>(D.Lgs. 81/08 - Allegato 7 – verifiche periodiche)</p> <p>(Accordo Stato-Regioni Rep. 53/CSR del 22/02/2012 – formazione specifica)</p>	<p>Veicoli per la movimentazione o il trasporto di cose e/o persone.</p> <p>Veicoli muniti di cingoli.</p> <p>Veicoli speciali per il trasporto di persone e/o di cose (es. motoslitte), purché in abbinamento alla patente Tipo 5 o 5b se muniti di dispositivi supplementari di allarme ed utilizzati in servizio di interventi di emergenza e/o di urgenza sanitaria.</p>	M1 N O T R S	



Indice

Introduzione	2
Documenti necessari per rilascio patenti CRI per esame.....	3
Documenti necessari per rilascio patenti CRI per conversione.....	4
Documenti necessari per rinnovo patenti CRI	5
Documenti necessari per visita medica presso il Medico CRI	6
Documenti necessari per visita medica presso la Commissione Medica.....	7
Test di velocità dei riflessi	8
Esempi di compilazione	9
Indice	28
Revisioni.....	28

Revisioni

Data	Nome file / versione	Note
29/01/2021	Linee guida patenti CRI v.1.0	Rilascio iniziale
20/02/2021	Linee guida patenti CRI v.1.1	Variazione modalità conservazione documenti visite mediche