



**ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE
"LEONARDO DA VINCI"**

Sedi Associate: Liceo - ITC

Segreteria didattica ☎ e 📠 0444/676125 - 670599

Segreteria amministrativa ☎ 0444/672206 - 📠 450895

Via Fortis, 3 - 36071 Arzignano (VI)

C.F. 81000970244

e-mail: segreteria@istitutodavinci.it - sito: www.istitutodavinci.it



Circolare n. 062

Arzignano, 20.12.2008

Agli alunni interessati

Oggetto: Adempimenti per il conseguimento d'idoneità alla guida del ciclomotore

Si informa che, presumibilmente entro la fine di gennaio 2009, presso la scuola in orario antimeridiano, sarà possibile effettuare la visita medica prevista per poter sostenere l'esame. La data e l'orario saranno comunicati in seguito.

Gli alunni interessati, **entro il 10 gennaio 2009**, dovranno consegnare in segreteria, per gruppo classe tramite un alunno rappresentante, **la somma di € 40,00** per visita medica e per marca da bollo (che sarà apposta su detto certificato) e **1 foto formato tessera** (la stessa sarà apposta sul certificato medico).

Tali alunni dovranno consegnare anche il modulo completato e firmato di "**dichiarazione da far firmare in presenza del medico esaminatore**", senza indicare la data, che sarà quella della visita medica.

Sempre entro il **10/01/2009**, al fine di poter essere ammessi all'esame, gli studenti dovranno consegnare in segreteria, tramite un alunno rappresentante, le cartelline distinte per ciascun alunno con i seguenti documenti:

- **Domande** sui 2 modelli allegati completi in ogni sua parte;
- **Attestazioni** (e non ricevute) dei bollettini di versamento di cui n. 2 di € 14,62 sul c/c postale n. 4028 e n. 1 di € 15,00 sul c/c postale 9001 ;

N.B. Avviso importante: nei bollettini, nell'apposito spazio "eseguito da" si deve scrivere il **nome e cognome dello studente** e non di chi effettua materialmente i versamenti.

I versamenti hanno validità di due anni.

- **Fotocopia della carta di identità** in corso di validità del genitore/tutore che ha firmato per assenso il modulo di domanda;
- **Fotocopia del documento di identità del candidato** o, in caso di non possesso, fotocopia del certificato anagrafico di nascita con legalizzazione di fotografia; **fotocopia del codice fiscale** del candidato;

I cittadini extracomunitari dovranno allegare copia del permesso di soggiorno del genitore in corso di validità o copia dello stesso scaduto con nel retro la fotocopia della ricevuta della richiesta di rinnovo. Si precisa, comunque, che al momento dell'esame si dovrà esibire l'originale.

NB. Qualora il minore sia titolare di proprio permesso di soggiorno si deve allegare fotocopia del permesso stesso. Su tale copia deve essere riportata la dicitura "Il sottoscritto _____ (Cognome e nome) dichiara che la presente copia è conforme all'originale attualmente in possesso ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 art. 47 e art. 19".

Seguono data e firma del genitore/tutore che ha firmato la domanda e del quale già è allegato documento.

Si ricorda che per eventuali chiarimenti è possibile rivolgersi alla docente referente prof.ssa Bortolan Anna Maria

LA DIRIGENTE SCOLASTICA
dott.ssa Maria Bertoldi

DICHIARAZIONE DA FIRMARE IN PRESENZA DEL MEDICO ESAMINATORE

_____ sottoscritt _____

nat _____ a _____ prov. (_____)

li _____ / _____ / _____ residente in _____

prov. (_____), via / piazza (*) _____

nell'ambito dell'accertamento medico legale dell'idoneità psicofisica al conseguimento/
della patente di guida dei veicoli di cui alla categoria **C.I.G.C.**

DICHIARA

In relazione agli stati patologici di seguito elencati, che :

- sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio..... si no
(se SI quali _____)

- sussiste diabete..... si no
(se SI specificare se insulinodipendente..... si no

- sussistono altre patologie endocrine..... si no
(se SI quali _____)

- sussistono turbe e/o patologie psichiche..... si no
(se SI quali _____)

- fa uso di sostanze psicoattive..... si no
(se SI quali _____)

- soffre di epilessia o ha manifestato crisi epilettiche..... si no
(se SI specificare quando si è manifestata l'ultima

- sussistono malattie del sangue..... si no
(se SI quali _____)

- sussistono malattie dell'apparato uro-genitale..... si no
(se SI quali _____)

DATA

firma minore _____

firma genitore _____