Commissione Medica Locale Patenti di Guida

Richiesta di rilascio del certificato di idoneità alla guida al fine del / della:

RICLASSIFICAZIONE ☐ CONSEGUIMENTO ☐ DUPLICATO ☐

CONFERMA VALIDITÀ ☐ REVISIONE ☐ della patente di guida.

Il /la Sig. _____

nat__ a _____ il_____residente in _____

via _____ n°_____ recapiti telefonici _____

fax _____ indirizzo e-mail _____

patente n° _____, cat. _____ rilasciata il _____

da _____; scadenza validità _____

C. Identità n° _____, rilasciata il _____

da_____

Codice Fiscale n° _____

Patologia / Minorazione / Motivo (per cui richiede l'accertamento) _____

_____

Altezza _____Peso _____

Ha già effettuato in passato visite presso questa Commissione Medica Patenti? NO SI

Usa occhiali o lenti a contatto durante la guida? NO SI

In data _____

ALLEGARE:

- Fotocopia della notifica del provvedimento di revisione (in caso di revisione);
- Fotocopia della patente di guida o fotocopia documento d'identità;

Fotocopia verbale per il riconoscimento dell'invalidità civile e/o dello stato di handicap; Numero di fax a cui deve essere trasmessa la conferma della prenotazione. Si precisa che nella stessa sono

contenuti dati sensibili inerenti la sua persona.

Ai sensi del D.Lgs. del 30.06.03 n° 196, nonché Aut. n° 2/30.06.2004, s'informa che tutti i dati personali inerenti al la S.V. che sono stati acquisiti da questa struttura sanitaria, in relazione alle prestazioni richieste, saranno trattati in ossequio alla normativa vigente e alle regole deontologiche. Si rammenta inoltre che le modalità e le procedure adottate da questa sede sono attuate in conformità delle disposizioni emanate dal Codice della Strada.

Modulo 1