



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Attestato
M. P. 2012

Alla Commissione Medica Locale Patenti
ASP - Via Torraca, 2
85100 Potenza

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ Via _____
n. _____ tel. _____, Cod. fiscale _____
titolare della patente di ctg _____ n. _____ rilasciata dalla
Prefettura/MCTC _____ il _____

Chiede

di essere sottoposto a visita medica da parte della Commissione per il rilascio del certificato di esonero dall'uso delle cinture di sicurezza;

Indicare la patologia per la quale si chiede l'esonero:

Allega fotocopia della patente di guida odi altro documento di identità valido.

FIRMA

Potenza, li _____

Per informazioni rivolgersi alla Segreteria della Commissione Medica Locale Patenti

Via della Fisica 18/A Tel. 0971425268 Orario di apertura dal Lunedì al Venerdì dalle 9,00 alle 11.30