



I sottoscritt _____ nat a _____
il _____ residente a _____ Via _____ n° _____,
tel _____ codice fiscale _____

CHIEDE

di essere sottoposto a visita medica da parte della Commissione per il rilascio del certificato di idoneità psico-fisica alla guida per:

- RILASCIO patente A - B - C - D - E - K - CIG (barrare la voce che interessa)
- RINNOVO patente categ. _____ n. _____ rilasciata da _____
il _____ con scadenza in data _____
- REVISIONE patente A - B - C - D - E - K - CIG (barrare la voce che interessa)

Motivo della richiesta di visita in Commissione (barrare la voce che interessa):

- Mutilazioni o patologie invalidanti agli arti e della colonna vertebrale
- Deficit visivo
- Deficit uditivo
- Affezioni cardio-vascolari
- Malattie del sistema nervoso
- Malattie psichiche
- Malattie endocrine
- Diabete
- Malattie del sangue
- Malattie dell'apparato uro-genitale
- Epilessia
- Limiti di età per mantenimento patenti categ. C - D - E - K
- Revisione art. 186 C.d S.: guida in stato di ebbrezza alcolica
- Revisione art. 187 C.d S.: guida in stato di alterazione psico-fisica per uso di sostanze stupefacenti
- Patologie alcool correlate – reiterata violazione 186 C.d S – guida in stato di ebbrezza alcolica
- Revisione art. 128 C.d S (soggetti interessati dal provvedimento di cui all'art. 75 DPR 309/90)
- Altre affezioni _____

Allegare copia della patente di guida. In caso di revisione allegare copia di altro documento di identità valido e copia del provvedimento

Luogo e data _____ firma _____

Per informazioni rivolgersi alla segreteria della Commissione Medica Locale Patenti di guida:

Via della Fisica 18 A-B dalle ore 9:00 alle ore 12:00 dal lunedì al venerdì – telefono 0971/425268