

**ESITO DELLA VISITA MEDICA DI CONFERMA DI VALIDITÀ DELLA PATENTE DI GUIDA**  
**RICEVUTA PROVVISORIA**  
**RILASCIATO PER INDISPONIBILITÀ DELL'APPLICAZIONE PER IL RINNOVO DELLA PATENTE DI GUIDA**  
**SUL "PORTALE DELL'AUOMOBILISTA"**

Si attesta che il Sig .....

(Cognome)

(Nome)

nato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ a .....provincia.....

Stato di nascita ..... codice fiscale .....

(valorizzare solo in caso di conducente nato a/l'estero)

si è sottoposto in data odierna ad accertamento sanitario per il rinnovo di validità della patente di guida

n..... categoria ..... rilasciata il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

(barrare il caso che ricorre)

**CON ESITO POSITIVO**

**(riservato alle sole CML) CON ESITO POSITIVO PREVIA RICLASSIFICAZIONE IN PATENTE DI CATEGORIA**

Si attesta inoltre che la validità della patente è confermata fino al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

(da compilare solo per validità ridotta)

con le seguenti prescrizioni (codici UE):

(da compilare, se ricorrono, separate da punto e virgola ";")

Conducente \_\_\_\_\_

Veicolo \_\_\_\_\_

**LA PRESENTE RICEVUTA È VALIDA SOLO PER 5 GIORNI DALLA DATA DEL RILASCIO**

(Firma e timbro e codice del medico)

\_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

(luogo)

(data)