

**RELAZIONE MEDICA PER IL RILASCIO E LA CONFERMA DI VALIDITA' DELLA
PATENTE DI GUIDA**

DATI RELATIVI AL SOGGETTO CERTIFICATORE
CODICE IDENTIFICATIVO:

A seguito di accertamento cui è stato sottoposto dal medico sopra individuato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 119 del decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, si certifica che il

SIG. (Cognome) (Nome)
 NATO IL ___ / ___ / ___ sesso M F Codice Fiscale
(giorno/mese/anno) (se attribuito)

Stato di nascita Comune di nascita
(in caso di conducente nato all'estero, valorizzare solo se conosciuto)

Provincia di nascita
(valorizzare solo in caso di conducente nato in Italia)

CANDIDATO AL CONSEGUIMENTO DELLA PATENTE DI GUIDA DELLA CATEGORIA

TITOLARE DI PATENTE N. CATEGORIE RILASCIATA IL ___ / ___ / ___

INDIRIZZO C/O IL QUALE INVIARE LA PATENTE RINNOVATA

(PROVINCIA) (COMUNE)

(Toponimo) Indirizzo
(via o piazza) (n. civico) (CAP)

E' IN POSSESSO DEI REQUISITI DI IDONEITA' PSICOFISICA RICHIESTI PER LA PATENTE DI GUIDA DELLA CATEGORIA

DATI RELATIVI ALLA VISITA MEDICA

Effettuata in data ___ / ___ / ___ in (Provincia) (Comune)

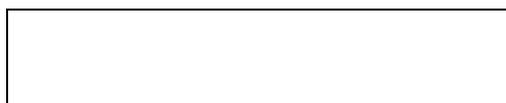
DATA DI SCADENZA
 ___ / ___ / ___ (da compilare solo per validità ridotta) con le seguenti prescrizioni (codici UE) (barrare e compilare, se ricorre il caso)

Prescrizioni

.....

Modifiche al veicolo (solo in caso di visita presso una CML):

.....



(Firmare entro il riquadro)

Dichiarazione di autenticità fotografia

Si dichiara che la fotografia che si allega alla presente comunicazione è quella del Sig., come in epigrafe generalizzato, identificato a mezzo della patente di guida della quale si richiede la conferma di validità del documento n. Rilasciato da il ___ / ___ / ___ con scadenza in data ___ / ___ / ___.

LUOGO E DATA

Timbro e Firma del Medico