

**Alla Commissione Medica Locale dell' ASL AL
STRUTTURA ORGANIZZATIVA COMPLESSA DI MEDICINA LEGALE**

Via Pacinotti, 38
15121 **A L E S S A N D R I A**

_ 1 _ sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente nel Comune di _____ C.A.P. _____

Via/P.zza/Corso _____ n. _____

Tel. _____ Cell.re _____

Eventuale domicilio per comunicazioni (se diverso dalla residenza):

Codice Fiscale _____

CHIEDE DI ESSERE SOTTOPOSTO A VISITA MEDICA PER:

CONSEGUIMENTO

RINNOVO

REVISIONE

a) della patente di guida/nautica di categoria _____ n. _____

rilasciata da MCTC/Prefettura/Capitaneria di Porto di

il _____ con scadenza il _____

b) dell'attestato patente C o CE per ultraasessantacinquenni scadenza il

c) dell'attestato patente D o DE per ultrasessantenni scadenza il

INDICARE DI SEGUITO IL CASO CHE INTERESSA:

MINORAZIONE MOTORIA DISABILE UDITIVO GUIDA IN STATO D'EBBREZZA ALCOLICA

ALTRE PATOLOGIE _____

Luogo e data

F I R M A

N.B:allegare in caso di revisione patente copia del provvedimento ricevuto.