

ESTRATTO DEI CONTENUTI DELLA RELAZIONE MEDICA
AI FINI DELLA CONFERMA DI VALIDITA' DELLA PATENTE DI GUIDA
(ART. 4, CO. 1, DEL DECRETO DEL CAPO DEL DIPARTIMENTO PER I TRASPORTI, LA NAVIGAZIONE ED I
SISTEMI INFORMATIVI E STATISTICI __/__/__)

DATI RELATIVI AL SOGGETTO CERTIFICATORE

CODICE IDENTIFICATIVO:

DATI RELATIVI AL TITOLARE DI PATENTE

Sig. _____ (Cognome) _____ (Nome)

NATO il _____ (giorno/mese/anno) sesso _____ codice fiscale _____ (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)

TITOLARE DI PATENTE n° _____ Categorie _____ Rilasciata il __/__/__

INDIRIZZO C/O INVIARE LE PATENTE

(Provincia) _____ (Comune) _____

(Toponimo) _____ Indirizzo _____ (Via/Piazza) _____ (numero civico) _____ (CAP) _____

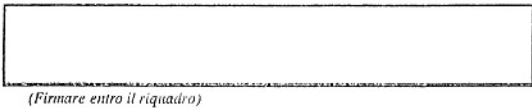
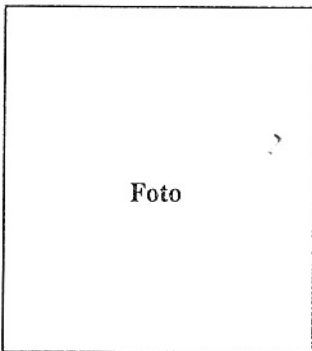
DATI RELATIVI ALLA VISITA MEDICA

EFFETTUATA in data __/__/__ in (Provincia) _____ (Comune) _____

NUOVA DATA SCADENZA _____ (da compilare solo per validita' ridotta) con le seguenti prescrizioni (codici UE) (barrare e compilare, se ricorre il caso)

Conducente: _____

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



DICHIARAZIONE DI AUTENTICITA' FOTOGRAFIA

Si dichiara che la fotografia che si allega alla presente comunicazione e' quella del Sig. _____, come in epigrafe generalizzato, identificato a mezzo della _____ patente di guida della quale si richiede la conferma di validita' _____ del documento _____ n. _____ rilasciato da _____ il __/__/__, con scadenza in data __/__/__ / ____

LUOGO e DATA _____

Nome e cognome del medico che effettua la visita _____

(firma, timbro e codice se ricorre il caso di cui all'articolo 5, co. 2, del DD)