



Società Italiana di Medicina Certificativa
Fondata il 18 maggio 2004

All'Ufficio Provinciale MCTC di _____

Via _____

CAP _____

Città _____

OGGETTO: Segnalazione di non idoneità patenti auto ai sensi dell'articolo 126, comma 6 del D.Lgs n. 285/92 e dell'articolo 128, comma 1-quinquies del D.Lgs n. 285/92.

Cognome

Nome

nato il a

Provincia residente a

in Via

documento di riconoscimento.....numero.....

rilasciato dain data.....

sulla base della visita medica e degli accertamenti da me effettuati in data odierna, risulta mancante delle condizioni per la conferma di validità della patente in quanto affetto da patologie di competenza della Commissione Medica Locale, come di seguito riportato:

- Mancanza dei requisiti di idoneità previsti dal DPR n. 495/92 all'Articolo

320	321	322	323	324
-----	-----	-----	-----	-----

- Condizioni di cui all'Appendice II all'art. 320 del DPR n.495/1992 Lettera

C	H
---	---

- Condizioni di cui all'Allegato II del D.Lgs. n.59/2011, Lettera

A	B	C	D	E	F	G
---	---	---	---	---	---	---

....., il

Firma e timbro del medico

.....



Società Italiana di Medicina Certificativa
Fondata il 18 maggio 2004

All'Ufficio Provinciale MCTC di _____

Via _____

CAP _____

Città _____

OGGETTO: Segnalazione di non idoneità patenti auto ai sensi dell'articolo 126, comma 6 del D.Lgs n. 285/92 e dell'articolo 128, comma 1-quinquies del D.Lgs n. 285/92.

Cognome

Nome.....

nato il a

Provincia residente a

in Via

documento di riconoscimento.....numero.....

rilasciato dain data.....

sulla base della visita medica e degli accertamenti da me effettuati in data odierna, risulta mancante delle condizioni per la conferma di validità della patente in quanto affetto da patologie di competenza della Commissione Medica Locale.

....., il

Firma e timbro del medico

.....