

Richiesta del codice di identificazione per il rilascio delle certificazioni mediche attestanti il possesso dei requisiti fisici e psichici per il conseguimento/rinnovo della patente di guida.

Il/La sottoscritto/a:

Cognome Nome
Sesso (M/F) Cod. Fiscale Nato/a il .../.../....
In Prov. di [1] a
In (Stato Estero Nascita) [2] a (Località Estera Nascita)
Residente in Prov. di a
Indirizzo Num. Civ. CAP
E-mail [3] Telefono [3]
Cell. [3]

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

dichiara

- a) di essere iscritto all'Albo provinciale dei medici certificatori abilitati all'accertamento dell'idoneità alla guida, istituito ai sensi dell'art. 103, comma 1, lett. a), del D.Lgs. 31 marzo 1998, n. 112, dalla Provincia / Provincia autonoma....., appartenente alla Regione, con numero di iscrizione e data di iscrizione
- b) di aver svolto
- ☐ attività di accertamento dei requisiti fisici e psichici e di idoneità alla guida negli ultimi dieci anni
 - ☐ di aver fatto parte di commissioni mediche locali, di cui all'art. 119 comma 4, per almeno cinque anni
- c) di non essere stato destituito dall'incarico per motivi disciplinari o a seguito di condanne penali, né di essere stato dispensato dal servizio per ragioni di particolari infermità inabilitanti l'attività certificativa

e chiede

l'assegnazione di un codice di identificazione per il rilascio delle certificazioni mediche attestanti il possesso dei requisiti fisici e psichici di idoneità alla guida.

Data .../.../....

Si allega copia fotostatica del documento di identità

[1] Solo per i nati in Italia

[2] Solo per i nati all'estero

[3] È obbligatorio compilare almeno uno dei campi indicati