

All'Ufficio Provinciale della Motorizzazione Civile di _____

Richiesta del codice di identificazione per l'accertamento dei requisiti fisici e psichici per il conseguimento/rinnovo della patente dei guida.⁸

Il/La sottoscritto/a:

Cognome _____ Nome _____

Sesso ____ (M/F) Cod. Fiscale _____ Nato/a il ____/____/____

In Prov. di⁹ _____ a _____In (Stato Estero Nascita)¹⁰ _____ a (Località Estera Nascita) _____

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 medico iscritto all'ordine provinciale di _____ con numero _____

b) di appartenere alla categoria di cui all'articolo 1 del Decreto Ministeriale del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti del 31 gennaio 2011 in quanto in servizio presso

- ☐ ufficio con funzioni di medicina legale della ASL di _____
- ☐ distretto sanitario di _____
- ☐ Ministero della Salute
- ☐ Polizia di Stato
- ☐ Ministero della Difesa, o altra Amministrazione, come medico militare in servizio permanente effettivo, corpo _____
- ☐ Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco
- ☐ Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali
- ☐ Ferrovie dello Stato

avente sede¹¹ in prov. di _____ a _____

Indirizzo _____ CAP _____

E-mail¹² _____ Telefono⁵ _____Cell. Medico⁵ _____ Fax _____

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 ____/____/____ Firma del richiedente _____

Timbro e visto dell'ufficio di appartenenza



Si allega copia fotostatica del documento di identità _____

⁸ Da presentare all'ufficio competente per il tramite dell'ufficio di appartenenza⁹ Solo per i nati in Italia¹⁰ Solo per i nati all'estero¹¹ Riportare i dati della sede dell'ufficio di appartenenza¹² E' obbligatorio compilare almeno uno dei campi indicati