

All. 1

**COMMISSIONE MEDICA PATENTI SPECIALI GAETA**  
 Via Salita Cappuccini – 04024 Gaeta ( cmlgaeta@ausl.latina.it )

**ISTANZA DI VISITA MEDICA**

Il/la sottoscritto/a.....  
 Nato/a a ..... il .....  
 Residente a .....CAP.....  
 Via/Piazza.....n°.....  
 Telefono Fisso n° .....Telefono Mobile n° .....  
 Indirizzo di posta elettronica : .....

Codice Fiscale 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**CHIEDE DI ESSERE SOTTOPOSTO A VISITA MEDICA PER**

- IL CONSEGUIMENTO  LA REVISIONE  
 IL RINNOVO / LA CONFERMA DELLA VALIDITA'  LA RICLASSIFICAZIONE  
 della patente di guida  Normale  Speciale  
 Categoria

AM	A1	A2	A	B1	B	C1	C1E	C	C E	D1	D1E	D	DE

N°..... Rilasciata il .....  
 dalla MTCT / Prefettura/UCO di ..... Scadenza il .....

- Attestato patente CE per ultrasessantacinquenni scadenza il.....  
 Attestato patente D - DE per ultrasessantenni scadenza il.....

Indicare il caso che interessa:

- Minorazione degli arti  Minorazione dell'udito  
 Guida sotto l'influenza dell'alcol  Uso di sostanze stupefacenti  
 (art. 186 CdS) (art. 187 CdS)

Altre patologie .....  
 Ha già effettuato in passato visita presso la CML di.....

- SI in data.....  NO

**ALLEGARE: copia del provvedimento di Revisione (solo in caso di revisione)**

Luogo e data..... Firma per esteso

.....