

ESTRATTO DEI CONTENUTI DELLA RELAZIONE MEDICA
 AI FINI DELLA CONFERMA DI VALIDITÀ DELLA PATENTE DI GUIDA
 (ART. 4, CG. 1, DEL DECRETO DEL CAPO DEL DIPARTIMENTO PER I TRASPORTI, LA NAVIGAZIONE ED I
 SISTEMI INFORMATIVI E STATISTICI 15 NOVEMBRE 2013)

DATI RELATIVI AL SOGGETTO CERTIFICATORE
 CODICE IDENTIFICATIVO:

DATI RELATIVI AL TITOLARE DI PATENTE

Sig. (Cognome) (Nome)

NATO il ____/____/____ Sesso ☐ M ☐ F codice fiscale
 (giorno/mese/anno) (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 IL QUALE INVIARE LA PATENTE

(Provincia) (Comune)

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

DATI RELATIVI ALLA VISITA MEDICA

EFFETTUATA in data ____/____/____ in (Provincia) (Comune)

NUOVA DATA SCADENZA con le seguenti prescrizioni (codici UE):
 ____/____/____ (da compilare solo per validità ridotta) (barrare e compilare, se ricorre il caso)

Conducente:

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



DICHIARAZIONE DI AUTENTICITÀ FOTOGRAFIA

Si dichiara che la fotografia che si allega alla presente comunicazione è quella del
 Sig., come in epigrafe generalizzato, identificato a mezzo della ☐ patente di
 guida della quale si richiede la conferma di validità ☐ del documento
 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

