

COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI DI LATINA
Piazza CELLI, n. 2 - B 04100 Latina , Telefono 0773/6553352

ISTANZA DI VISITA MEDICA

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

[illegible]

CHIEDE DI ESSERE SOTTOPOSTO A VISITA MEDICA PER

□ IL CONSEGUIMENTO

□ LA REVISIONE

☐ IL RINNOVO / LA CONFERMA DELLA VALIDITA'

□ LA RICLASSIFICAZIONE

della patente di guida
Categoria

☐ Normale

□ Speciale

[illegible]

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
(art. 186 CdS)

☐ Uso di sostanze stupefacenti
(art. 187 CdS)

☐ Giudizio di non idoneità rilasciato da CML di

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
