

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____
residente a _____ via _____ n. _____

chiede di essere sottoposto a visita della Commissione Medica Locale per il:

- * **rilascio** * **duplicato** * **rinnovo** * **revisione**
* **declassamento** * **riclassificazione**

della patente di guida della categoria: * **A** * **B** * **C** * **D** * **E** * **K**
* **B speciale** * **A speciale** * **Ciclomotore** * **Patente nautica**

per le seguenti patologie:

- * patologie degli arti superiori: (specificare patologia _____)
* patologie degli arti inferiori: (specificare patologia _____)
* patologie delle ghiandole endocrine
* patologie dell'apparato visivo (specificare patologia _____)
* patologie dell'apparato cardio vascolare
* patologie del sistema nervoso centrale e periferico (specificare patologia _____)
* epilessia
* patologie psichiatriche
* dipendenza da sostanze tossiche (revisione ex art. 187 codice della strada)
* patologie alcool correlate (revisione ex art. 186 codice della strada)
* malattie del sangue
* patologie dell'apparato uro-genitale
* patologie dell'apparato uditivo
* limiti d'età per mantenimento patenti C-D-E
* diabete mellito

* altra motivazione per cui viene richiesta la visita della commissione

* Si allega (**solo in caso di revisione**) copia della comunicazione della Motorizzazione Civile e dei Trasporti in Concessione o della Prefettura con cui si richiede il provvedimento.

* Si allega copia della patente o del documento di riconoscimento.

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA CONTESTUALMENTE:

- di non aver presentato analoga domanda ad altra commissione medica patenti
- di essere in possesso di patente della categoria _____ n° _____
rilasciata da _____ il _____
- data di scadenza della patente _____
- data di scadenza della sospensione in caso di revisione _____
- codice fiscale _____
- RECAPITO TELEFONICO _____

_____ li _____

(firma del richiedente)