

Alla Commissione Medica Locale

Patenti di guida di Ancona

Via C. Colombo, 106

60127 - ANCONA

La presente richiesta può essere inviata anche per posta ordinaria.

**OGGETTO: RICHIESTA DIVISITA PRESSO COMMISSIONE MEDICA LOCALE**

**PATENTI DI GUIDA DI ANCONA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/aa \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ indirizzo mail: \_\_\_\_\_

N. patente: \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_ Scad. patente \_\_\_\_\_

CHIEDE

A Codesta Commissione di essere sottoposto ad accertamento medico-legale per (\*):

- Visita per rinnovo/revisione/conseguimento della patente per utenti affetti da patologie/disabili/invalidi civili; patenti superiori (C/CE – D/DE per età)
- Visita per rinnovo/revisione/conseguimento della patente di guida ai sensi dell'art. 186 (guida in stato di ebbrezza)
- Visita per rinnovo/revisione/conseguimento della patente di guida ai sensi dell'art. 187 (sostanze stupefacenti)

(\* ) FARE UNA CROCE SULL'IPOTESI CHE RICORRE

**Allega alla presente richiesta:**

- Copia della patente di guida e/o del documento di identità;
- Dichiarazione dello stato di salute compilata e firmata (allegata);
- Copia del decreto (Prefetto, MCTC) di sospensione della patente di guida (per segnalazioni artt. 186 e 187 C.d.s. e art. 75 DPR 309/90)
- Ricevute dei versamenti effettuati
- Documentazione sanitaria (per utenti affetti da patologie/invalidi civili)
- 1 fototessera

Desidera che ogni comunicazione gli venga inviata tramite posta all'indirizzo sopra specificato.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA DELL'ISTANTE

\_\_\_\_\_