

per istanza di visita presso la

COMMISSIONE MEDICA LOCALE

comm.medica.locale@asl8cagliari.it

FAX **07047443818**

Commissione Medica Locale Patenti di Guida

Richiesta di rilascio del certificato di idoneità alla guida al fine del / della

RICLASSIFICAZIONE CONSEGUITAMENTO DUPLICATO

CONFERMA VALIDITÀ REVISIONE della patente di guida.

Il /la Sig. _____

nat__ a _____ il _____ residente in _____

via _____ n° _____ recapiti telefonici _____

fax _____ indirizzo e-mail _____

patente n° _____, cat. _____ rilasciata il _____

da _____; scadenza validità _____

C. Identità n° _____, rilasciata il _____ da _____

Codice Fiscale n° _____

Patologia / Minorazione / Motivo (per cui richiede l'accertamento) _____

Altezza _____ Peso _____

Ha già effettuato in passato visite presso questa Commissione Medica Patenti? si no

Usa occhiali o lenti a contatto durante la guida? si no

In data _____

ALLEGARE:

- Fotocopia della notifica del provvedimento di revisione (in caso di revisione);
- Fotocopia della patente di guida o fotocopia documento d'identità;

Fotocopia verbale per il riconoscimento dell'invalideità civile e/o dello stato di handicap;

Numero di fax a cui deve essere trasmessa la conferma della prenotazione. Si precisa che nella stessa sono contenuti dati sensibili inerenti la sua persona.

Ai sensi del D.Lgs. del 30.06.03 n° 196, nonché Aut. n° 2/30.06.2004, s'informa che tutti i dati personali inerenti al la S.V. che sono stati acquisiti da questa struttura sanitaria, in relazione alle prestazioni richieste, saranno trattati in ossequio alla normativa vigente e alle regole deontologiche. Si rammenta inoltre che le modalità e le procedure adottate da questa sede sono attuate in conformità delle disposizioni emanate dal Codice della Strada.