

Il Sottoscritto _____

nato a _____ il _____

residente in _____ via _____ n. _____

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

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

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

* altra motivazione per cui viene richiesta la visita in commissione _____

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

* Si allega copia della patente o del documento di riconoscimento

SI DICHIARA, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA', DI NON AVER PRESENTATO ANALOGA DOMANDA IN ALTRA COMMISSIONE MEDICA PATENTI

_____ li _____

_____ (firma del richiedente)

Il sottoscritto dichiara contestualmente:

di essere in possesso di patente della categoria _____ n° _____

rilasciata da _____ il _____

data di scadenza della patente _____

codice fiscale _____

RECAPITO TELEFONICO: _____

* **Barrare la casella corrispondente.**