

ESTRATTO DEI CONTENUTI DELLA RELAZIONE MEDICA
AI FINI DELLA CONFERMA DI VALIDITÀ DELLA PATENTE DI GUIDA
 (ART. 4, CO. 1, DEL DECRETO DEL CAPO DEL DIPARTIMENTO PER I TRASPORTI, LA NAVIGAZIONE ED I
 SISTEMI INFORMATIVI E STATISTICI 15 NOVEMBRE 2013)

DATI RELATIVI AL SOGGETTO CERTIFICATORE CODICE IDENTIFICATIVO:

DATI RELATIVI AL TITOLARE DI PATENTE Sig. (Cognome) (Nome)			
NATO il ___/___/___ <small>(giorno/mese/anno)</small>	sesso <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	codice fiscale..... <small>(se attribuito)</small>	
STATO di nascita		COMUNE di nascita <small>(in caso di conducente nato all'estero, valorizzare solo se conosciuto)</small>	
PROVINCIA di nascita <small>(valorizzare solo in caso di conducente nato in Italia)</small>			
TITOLARE DI PATENTE n.		Categorie	Rilasciata il ___/___/___
INDIRIZZO C/O IL QUALE INVIARE LA PATENTE (Provincia) (Comune) (Toponimo) Indirizzo <small>(Via/Piazza) (numero civico) (CAP)</small>			

DATI RELATIVI ALLA VISITA MEDICA EFFETTUATA in data ___/___/___ in (Provincia) (Comune)			
NUOVA DATA SCADENZA ___/___/___ (da compilare solo per validità ridotta)	<input type="checkbox"/> con le seguenti prescrizioni (codici UE): (barrare e compilare, se ricorre il caso)		
Conducente:			
Modifiche del veicolo (solo in caso di visita presso una CML):			



(Firmare entro il riquadro)

DICHIARAZIONE DI AUTENTICITÀ FOTOGRAFIA Si dichiara che la fotografia che si allega alla presente comunicazione è quella del Sig., come in epigrafe generalizzato, identificato a mezzo della <input type="checkbox"/> patente di guida della quale si richiede la conferma di validità <input type="checkbox"/> del documenton.rilasciato da..... il ___/___/___, con scadenza in data ___/___/___. LUOGO e DATA..... Nome e cognome del medico che effettua la visita <div style="text-align: right;"><small>(firma, timbro e codice se ricorre il caso di cui all'articolo 5, co. 2, del DD</small></div>	
---	--

