Data

**ALLA COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI di GUIDA**

**c/o ASST**

**Via Trento, 6-MANTOVA -**

**tel. 0376.435604 - fax 0376.750953**

**e-mail**: **commissione.patenti@asst-mantova.it**

Il sottoscritto

nato a       il

residente a       CAP

Via       N°       telefono       e-mail

**CHIEDE**

**di essere sottoposto a visita medica per**

**Conferma della validità della patente di guida** **AM** **A** **B** **C** **D** **E** **CAP**

**Conseguimento della patente di guida (per chi non ha mai avuto la patente)**

**Revisione (ritiro/sospensione della patente)** **AM** **A** **B** **C** **D** **E** **CAP**

**Estensione delle categoria (passaggio a categoria superiore)**

**Riclassificazione della patente (declassamento della patente a categoria inferiore)**

**Duplicato (per cambio di categoria/ o deterioramento /furto o smarrimento documenti)**

**Conversione (per chi ha attualmente la patente straniera)**

**Attestato per Pat. CE > 65 anni – Pat. D/DE > 60 anni.**

**Inoltre, dichiaro di essere in possesso dei seguenti documenti di riconoscimento:**

CODICE FISCALE

**Patenti guida n°**       **rilasciata da Prefetto/M.C.T.C. di**

il       categoria       scadenza il

**carta identià N°**       **rilasciata il**

**dal Comune di**

Il richiedente èalto mt       pesa kg

**Firma** ..............................................................................

Allega

* fotocopia della patente dl guida o della carta d'identità
* fotocopia codice fiscale
* fotocopia della eventuale richiesta di revisione della patente di guida (decreto della Prefettura- M.C.T.C).
* certificato anamnestico
* fotocopia del certificato di invalidità (se in possesso)
* informativa per la Privacy ai sensi del D.Lgs 196/2003