



SERVIZIO MEDICINA LEGALE
COMMISSIONE PATENTI

Il /la sottoscritto/a.....
nato/a ila.....prov.....
residente aprov.....
in via/piazza.....n.....tel.....
sottoposto a visita in Commissione Provinciale Patenti in data.....

DELEGA AL RITIRO DI

- certificato medico di idoneità; copia certificato medico di idoneità;
- documentazione sanitaria;

il/la sig./sig.ra.....
(cognome nome)

nato/a.....il.....

Data

Firma

Si allega:
fotocopia carta identità del richiedente e della persona delegata al ritiro del verbale/documentazione