

COMMISSIONE MEDICA LOCALE
Potenza

Alla Commissione Medica Locale
Patenti di Guida
Azienda Sanitaria Locale n.2
Via Torraca,2
85100 **POTENZA**

Il sottoscritt _____ nat_ il _____
a _____ Prov. _____ residente in _____ CAP _____
Via _____ n° _____ Tel. _____ Alt. _____
Peso Kg. _____ Codice Fiscale _____ per la seguente motivazione:

- a) Minorazione (specificare la patologia)
- b) Provvedimento MCTC (allegare copia)
- c) Provvedimento Prefettura (allegare copia)

CHIEDE

Di essere sottopost_ a visita per:

1. il rilascio della patente di guida Cat. _____
2. il rinnovo della patente di guida Cat. _____, n. _____ rilasciata in data _____
dalla Prefettura/M.C.T.C. di _____;
3. la revisione della patente di guida Cat. _____, n. _____ rilasciata in data _____
dalla Prefettura/M.C.T.C. di _____;
4. la conversione della patente di guida militare;
5. la conversione della patente di guida straniera; (Stato estero che ha rilasciato il documento _____);
6. Esonero Cinture.

Allega la seguente documentazione:

- a) n. 1 marca da bollo da Euro 10,33
- b) n.1 foto formato tessera (in caso di conseguimento)
- c) attestazione del versamento di Euro 30,99 (Euro 18,59 per esonero cinture)effettuato sul c/c postale
00383851 intestato a:

COMMISSIONE MEDICA LOCALE c/o AZIENDA SANITARIA LOCALE N.2 POTENZA, con la
causale: rinnovo / conseguimento / revisione / conversione patente di guida;

- d) fotocopia patente;
- e) fotocopia della carta di identità valida;
- f) fotocopia della lettera della M.C.T.C. o Prefettura;
- g) attestazione del versamento di Euro 5,1 sul c/c n. 9001 intestato alla DIREZIONE GENERALE
MOTORIZZAZIONE CIVILE T.C. - Diritti - Roma.

Firma

Data _____

N.B.: E' necessario che la richiesta venga compilata in ogni voce.