

**RICHIESTA DI PRENOTAZIONE DI VISITA
PRESSO LA COMMISSIONE MEDICA LOCALE DI SASSARI
PER RILASCIO/RINNOVO DI PATENTE**

COGNOME: _____ NOME: _____

LUOGO E DATA DI NASCITA: _____

RESIDENZA: _____

DOMICILIO (EVENTUALE): _____

RECAPI TELEFONICI: TEL _____ FAX: _____

MAIL: _____

RICHIEDO DI ESSERE CONTATTATO MEDIANTE MAIL // FAX // TELEFONO

PRECISARE

- MOTIVO DEL RILASCIO/RINNOVO IN COMMISSIONE (PATOLOGIE, INVALIDITÀ, REVISIONE RICHIESTA DALLA MOTORIZZAZIONE CIVILE, SOSPENSIONE PER GUIDA IN STATO DI EBBREZZA ALCOLICA O SOTTO EFFETTO DI STUPEFACENTI - PRIMA VISITA O CONTROLLO, ADATTAMENTI, ECC.):

- EVENTUALI PRECEDENTI VISITE PRESSO QUESTA O ALTRE COMMISSIONI MEDICHE LOCALI:

ALLEGARE:

- COPIA DELLA PATENTE
- COPIA DELLA NOTIFICA DELLA MOTORIZZAZIONE CIVILE (IN CASO DI RICHIESTA DI REVISIONE)
- COPIA DEL DECRETO DELLA PREFETTURA (IN CASO DI SOSPENSIONE PER GUIDA IN STATO DI EBBREZZA ALCOLICA O SOTTO EFFETTO DI STUPEFACENTI)

DATA _____

FIRMA _____