

**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 \_\_\_\_\_