

Alla Commissione Medica Locale di Avellino  
Corso Europa, 66  
83100 AVELLINO  
commissionemedicalocale@aslavellino.it

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/a a .....il.....  
residente a .....CAP.....  
Via / Piazza /Corso.....n°.....

Titolare della **patente di guida**       Normale       Speciale

Categoria      

AM	A1	A2	A	B1	B	C1	C1E	C	CE	D1	D1E	D	DE
----	----	----	---	----	---	----	-----	---	----	----	-----	---	----

N°.....rilasciata da MCTC/Prefettura.....

il..... scadenza il.....

Ai sensi del DLgs 30 giugno 2003, n. 196 (Codice della Privacy)

### DELEGA

Il/la Sig./ra .....  
nato/a a .....il.....  
residente a .....CAP.....  
Via / Piazza /Corso.....n°.....

### ALLA PRENOTAZIONE DELLA VISITA MEDICA PRESSO LA COMMISSIONE MEDICA LOCALE DI AVELLINO

IN ALLEGATO:

fotocopie fronte-retro dei documenti d'identità validi sia del delegante che del delegato

Luogo e data

Firma leggibile del delegante

.....

.....