



ISTANZA VISITA MEDICA – CML AVELLINO

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

Il/la sottoscritto/a
nato/a a il.....
residente aCAP.....
Via / Piazza /Corso.....n°.....
Tel.....cell..... e-mail.....

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CHIEDE

di essere sottoposto a visita medica per:

- CONSEGUIMENTO REVISIONE
- RINNOVO / CONFERMA VALIDITA' RICLASSIFICAZIONE

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.....

- Attestato patente CE** per ultrasessantacinquenni scadenza il.....
- Attestato patente D-DE** per ultrasessantenni scadenza il.....

Indicare il caso che interessa:

- Minorazione degli arti
- Minorazione dell'udito
- Guida sotto l'influenza dell'alcol (art. 186 CdS)
- Uso di sostanze stupefacenti (art. 187 CdS)
- Altre patologie

Ha già effettuato in passato visita presso la CML di.....

SI In data..... **NO**

Allegare: copia del provvedimento di REVISIONE (solo in caso di revisione)

Luogo e data

Firma per esteso

.....

.....