

ISTANZA VISITA MEDICA – CML AVELLINO

Alla Commissione Medica Locale di Avellino Corso Europa,
66 - 83100 AVELLINO

commissionemedicalocale@aslavellino.it

per coloro i quali sono affetti da patologie

commissionemedicalocale2@aslavellino.it

per coloro i quali devono essere sottoposti a visita ai sensi
degli artt. 186 e 187, patenti superiori per limiti di età,
patenti superiori con patologia

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 - Categoria

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

Speciale - Categoria

AS	BS	CS
----	----	----

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 (motivazione per la quale si chiede visita in CML):

☐ Minorazione degli arti

☐ Minorazione dell'udito

☐ Guida sotto l'influenza dell'alcol (art. 186 CdS)

☐ Uso di sostanze stupefacenti (art. 187 CdS)

☐ Altre patologie (indicare quali).....

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

☐ **SI**

In data.....

☐ **NO**

N.B.

Allegare: copia del verbale di invalidità (se ne è in possesso); copia di documento di riconoscimento in corso di validità; copia della patente di guida; copia del provvedimento di REVISIONE (solo in caso di revisione)

Luogo e data

Firma per esteso

.....

.....