

ALLA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COMMISSIONE MEDICA LOCALE IDONEITA' ALLA GUIDA
REGGIO CALABRIA (TEL. 0965/347611)

RACCOMANDATA A.R.

__ l __ sottoscritt _____
nat _ a _____ (prov. _____) il ___ / ___ / _____
residente in _____ via _____
tel. _____ / _____ Codice Fiscale _____
Doc. Identità _____ n° _____ rilasciato il ___ / ___ / _____
Da _____ peso Kg _____ statura cm. _____

CHIEDE

di essere sottoposto a visita medica al fine di ottenere il certificato medico di idoneità alla guida di autoveicoli :

- Conseguimento ; (certificato anamnestico medico curante)
- Conferma validità ;
- Mod.IV1 art. 307 attestato di idoneita' psicofisica per patente CE-DE-KD
- Revisione
- duplicato

DICHIARA

- di essere invalido civile / di servizio / del lavoro con percentuale del ___% ;(allegare copia verbale)
- di essere precedentemente visitato in data _____

ALLEGA

- Copia della patente per i possessori o documento valido.
- Versamento di € 10,20 sul c/c/ n° 9001 intestato a Dipartimento Trasporti Terrestri Diritti – L14-67
- Versamento di € 16,00 sul c/c n° 4028 intestato a Dipartimento Trasporti Terrestri- Imposta di bollo
- Versamento di € 18,59 c/c 18679894 intestato A S P 5 Comm medica locale di Reggio Cal.
- Versamento di € 24,79 se affetto per **minorazioni agli arti**, sul c/c n°18679894 intestato a A.S. P. RC Commissione Medica Locale idoneità guida.
- Una foto

MOTIVO DELLA VISITA

PER MINORAZIONE

- revisione art.186-o-187 C.D.S.:o altre revisioni, **allegare copia Provvedimento Prefettura o Motorizzazione.**
- dell'udito
- degli arti o della colonna vertebrale
- della conformazione somatica

PERCHE' AFFETTO DA :

- malattie del cuore
- diabete
- malattie neurologiche
- epilessia
- insufficienza renale
- disturbi psichici
-

Reggio Calabria , li

Firma

N.B.- La presente domanda va compilata in tutte le sue parti, datata e sottoscritta , può essere inviata a mezzo raccomandata o consegnata a mano al seguente indirizzo: via Sant'Anna 2° Tronco Palazzo TIBI Reggio Cal.