ESTRATTO DEI CONTENUTI DELLA RELAZIONE MEDICA
AI FINI DELLA CONFERMA DI VALIDITÀ DELLA PATENTE DI GUIDA
(ART. 4, CO. 1, DEL DECRETO DEL CAPO DEL DIPARTIMENTO PER I TRASPORTI, LA NAVIGAZIONE ED I SISTEMI INFORMATIVI E STATISTICI 15 NOVEMBRE 2013)

DATI RELATIVI AL SOGGETTO CERTIFICATORE
CODICE IDENTIFICATIVO:

DATI RELATIVI AL TITOLARE DI PATENTE
SIG. ....
(*Cognome*) (*Nome*)
NATO il ___/___/_____ sesso M F codice fiscale.....
(*giorno/mese/anno*) (*se attribuito*)
STATO di nascita ..... COMUNE di nascita .....
(*In caso di conducente nato all'estero, valorizzare solo se conosciuto*)
PROVINCIA di nascita .....
(*valorizzare solo in caso di conducente nato in Italia*)

TITOLARE DI PATENTE n. ..... Categorie ..... Rilasciata il ___/___/_____

INDIRIZZO C/O IL QUALE INVIARE LA PATENTE
(Provincia) ..... (Comune) .....
(Toponimo) ..... Indirizzo ....
(*Via/Piazza*) (*numero civico*) (*CAP*)

DATI RELATIVI ALLA VISITA MEDICA
EFFETTUATA in data ___/___/_____ in (Provincia) ..... (Comune) .....

NUOVA DATA SCADENZA
___/___/_____ (da compilare solo per validità ridotta)

☐ con le seguenti prescrizioni (codici UE):
(barrare e compilare, se ricorre il caso)
Conducente:
.....
Modifiche del veicolo (solo in caso di visita presso una CML):
.....

Foto

(Firmare entro il riquadro)

DICHIARAZIONE DI AUTENTICITÀ FOTOGRAFIA
Si dichiara che la fotografia che si allega alla presente comunicazione è quella del
Sig....., come in epigrafe generalizzato, identificato a mezzo della ☐ patente di guida della quale si richiede la conferma di validità ☐ del documento .....n.
.....rilasciato da..... il ___/___/_____, con scadenza in data ___/___/_____.
LUOGO e DATA.....
Nome e cognome del medico che effettua la visita
(firma, timbro e codice se ricorre il caso di cui all'articolo 5, co. 2, del DD .....)