

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
VIBO VALENTIA**



**UFFICIO DI MEDICINA LEGALE  
VIBO VALENTIA  
DIRETTORE DR.SSA ANGELA MARIA SORIANO  
Tel. 0963/962182 - Fax 0963/962522**

MARCA DA  
BOLLO DI  
€ 16.00

**AL PRESIDENTE DELLA  
COMMISSIONE MEDICA LOCALE  
Patenti Speciali di Guida  
C/O A.S.P. di Vbo Valentia**

**IL SOTTOSCRITTO** \_\_\_\_\_

**NATO A** \_\_\_\_\_ **IL** \_\_\_\_\_

**RESIDENTE A** \_\_\_\_\_ **VIA** \_\_\_\_\_

**CODICE FISCALE N°** \_\_\_\_\_

**DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO** \_\_\_\_\_ **N°** \_\_\_\_\_

**RILASCIATO IL** \_\_\_\_\_ **DA** \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**SI ESSERE SOTTOPOSTO A VISITA MEDICA PER IL RILASCIO DEL CERTIFICATO DI  
IDONEITA' PER LA:  
CONFERMA DI VALIDITA'  
CONSEGUIMENTO  
REVISIONE DELLA PATENTE DI GUIDA**

**DELLA CATEGORIA** \_\_\_\_\_

**DATA** \_\_\_\_\_

**FIRMA**

**INDICARE**

1) **ALTEZZA** \_\_\_\_\_

2) **PESO** \_\_\_\_\_

3) **TEL. N°** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**E' stato sottoposto a visita da questa commissione?** \_\_\_\_\_ **in quale anno?** \_\_\_\_\_  
**Depennare le voci che non interessano**