

Richiesta del codice di identificazione per il rilascio delle certificazioni mediche attestanti il possesso dei requisiti fisici e psichici per il conseguimento/rinnovo della patente di guida.

Il/La sottoscritto/a:

Cognome _____ Nome _____

Sesso ___(M/F) Cod. Fiscale _____ Nato/a il ___/___/___

In Prov. di¹ _____ a _____

In (Stato Estero Nascita)² _____ a (Località Estera Nascita) _____

Residente in Prov. di _____ a _____

Indirizzo _____ Num. Civ. _____ CAP _____

E-mail³ _____ Telefono³ _____

Cell.³ _____

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

dichiara

- a) di essere iscritto all'Albo provinciale dei medici certificatori abilitati all'accertamento dell'idoneità alla guida, istituito ai sensi dell'art. 103, comma 1, lett. a), del D.Lgs. 31 marzo 1998, n. 112, dalla Provincia/Provincia autonoma _____, appartenente alla Regione _____, con numero di iscrizione _____ e data di iscrizione _____
- b) di non essere stato destituito dall'incarico per motivi disciplinari o a seguito di condanne penali, nè di essere stato dispensato dal servizio per ragioni di particolari infermità inabilitanti l'attività certificativa

e chiede

l'assegnazione di un codice di identificazione per il rilascio delle certificazioni mediche attestanti il possesso dei requisiti fisici e psichici di idoneità alla guida.

Data ___/___/___

Firma _____

Si allega copia fotostatica del documento di identità

¹ Solo per i nati in Italia

² Solo per i nati all'estero

³ È obbligatorio compilare almeno uno dei campi indicati