

**RICHIESTA DI PRENOTAZIONE DI VISITA PRESSO LA
COMMISSIONE MEDICA LOCALE DI SASSARI
PER RILASCIO/RINNOVO DI PATENTE**

COGNOME: _____ NOME: _____

LUOGO E DATA DI NASCITA: _____

RESIDENZA E/O DOMICILIO (EVENTUALE): _____

RECAPI TELEFONICI: _____

NUMERO PATENTE (EVENTUALE): _____

E-MAIL: _____

RICHIEDO DI ESSERE CONTATTATO MEDIANTE E-MAIL / TELEFONO

PRECISARE IL MOTIVO DEL RILASCIO/RINNOVO IN COMMISSIONE:

- PATENTE DI GUIDA PATHOLOGIE E/O INVALIDITÀ (INDICARE EVENTUALE PATENTE NAUTICA)
- REVISIONE RICHIESTA DALLA MOTORIZZAZIONE CIVILE
- CONSEGUIMENTO PATENTE
- PATENTE SUPERIORE: SPECIFICARE DUPLICATO E/O CERTIFICATO ABILITAZIONE
- SOSPENSIONE PER GUIDA IN STATO DI EBBREZZA ALCOLICA
- SOSPENSIONE PER GUIDA SOTTO EFFETTO DI STUPEFACENTI

INDICARE:

- PRIMA VISITA
- CONTROLLO
- EVENTUALI PRECEDENTI VISITE PRESSO ALTRE COMMISSIONI MEDICHE LOCALI

INDICARE QUALE _____

ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE:

- COPIA DELLA PATENTE DI GUIDA
- COPIA DELLA NOTIFICA DELLA MOTORIZZAZIONE CIVILE (IN CASO DI RICHIESTA DI REVISIONE)
- COPIA DEL DECRETO DELLA PREFETTURA (NEI CASI EC ART. 186 E ART. 187 CdS)

DATA _____

FIRMA _____

NB: Il modulo dovrà essere trasmesso, insieme agli allegati sopra elencati, **obbligatoriamente** in formato **PDF** all'indirizzo di posta elettronica: patenti.medicinalegale.sassari@atssardegna.it

