

**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 PATOLOGIE 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

