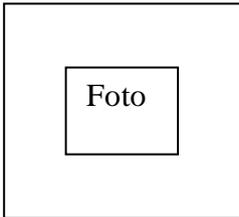


**ESTRATTO DEI CONTENUTI DELLA RELAZIONE MEDICA
AI FINI DELLA CONFERMA DI VALIDITÀ DELLA PATENTE DI GUIDA**
(ART. 4, CO. 1, DEL DECRETO DEL CAPO DEL DIPARTIMENTO PER I TRASPORTI, LA NAVIGAZIONE ED I
SISTEMI INFORMATIVI E STATISTICI 15 NOVEMBRE 2013)

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 con le seguenti prescrizioni (codici UE):
___/___/___ (da compilare solo per validità ridotta) (barrare e compilare, se ricorre il caso)
Conducente:
Modifiche del veicolo (solo in caso di visita presso una CML):



(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 documenton.
.....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)