



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

**Alla Commissione Medica Locale Patenti
ASP Via Torraca, 2
85100 Potenza**

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

Residente a _____ via _____ n° _____

Tel. _____ Codice Fiscale _____

Chiede

Di essere sottoposto a visita medica da parte della Commissione per il rilascio del certificato di idoneità Psico-fisica alla guida per:

- RILASCIO patente A.... B.... C.... D.... E.... K.... CIG
- RINNOVO patente ctg _____ n° _____ rilasciata da _____ il _____
- REVISIONE patente A.... B.... C.... D.... E.... K.... CIG (allegare copia del provvedimento)

Motivo della richiesta di visita in Commissione (barrare la casella che interessa)

- Mutilazioni o patologie invalidanti agli arti e della colonna vertebrale
- Deficit visivo
- Deficit uditivo
- Affezioni cardio-vascolare
- Malattie del sistema nervoso
- Malattie psichiche
- Malattie endocrine
- Diabete
- Malattie del sangue
- Malattie dell'apparato uro-genitale
- Epilessia
- Limiti di età per mantenimento patenti c. t. g. C-D-K
- Revisione art. 186 c. d. s.
- Revisione art. 187 c. d. s.
- Limiti di età ultraottantenni
- Altre affezioni _____

(Allegare fotocopia di guida o, in caso di rilascio o revisione, di altro documento di identità valido)

Potenza _____

Firma _____

Per informazioni rivolgersi alla Segreteria della Commissione Medica Locale Patenti: via Appia 184/A, tel. 0971/425268

Orario di apertura: dal lunedì al venerdì dalle ore 10,00 alle ore 11,30