



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 esonero dalle cinture di sicurezza per patologie che ne controindicano l'uso.

All'atto della visita esibirà la documentazione Medica comprovante la patologia in atto

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