

Il/La sottoscritto/a _____ / _____
 (Cognome) (Nome)

nato a _____ (Comune) _____ (Provincia) _____ (Giorno) il _____ / _____ / _____
 (Mese) (Anno)

residente in _____ (Comune) _____ (Provincia) via _____ n. _____

Tel. _____ Codice Fiscale

Documento di identità _____ n. _____ rilasciato il _____ / _____ / _____ da _____

e-mail _____

CHIEDE

di essere sottoposto a visita medica al fine di ottenere il certificato medico di idoneità alla guida

- Conseguimento Rinnovo Revisione Duplicato Riclassificazione

DICHIARA

- di essere invalido civile / di guerra / per servizio / del lavoro con percentuale / categoria _____
- di NON essere invalido
- di NON avere precedenti presso questa o altre Commissioni Mediche Locali
- di essere stato precedentemente visitato dalla Commissione Medica Locale di _____

ALLEGA

- copia della patente per i possessori o altro documento in corso di validità
- versamento di euro 10,20 e di euro 16,00 su PagoPa (per Rinnovo patente – Codice 2S sul Portale dell’Automobilista)
- versamento di euro 16,00 su PagoPa (conseguimento, duplicato, riclassificazione, revisione – Codice D1 sul Portale dell’Automobilista)
- versamento di euro 18,59 sul C/C 18679894 intestato ad ASP RC CML di Reggio Calabria
- versamento di euro 24,79 sul C/C 18679894 intestato ad ASP RC CML di Reggio Calabria (se affetto da minorazioni agli arti)
- una foto formato tessera

MOTIVO DELLA VISITA

Minorazione	Perché affetto da :	Violazione Art.186 o Art.187
<input type="checkbox"/> della vista	<input type="checkbox"/> malattie del cuore	<input type="checkbox"/> Guida in stato di ebbrezza
<input type="checkbox"/> dell’udito	<input type="checkbox"/> diabete	<input type="checkbox"/> Guida sotto stupefacenti
<input type="checkbox"/> degli arti	<input type="checkbox"/> malattie neurologiche	Allegare in questi casi anche copia del provvedimento della Prefettura o della Motorizzazione
<input type="checkbox"/> della conformazione somatica	<input type="checkbox"/> malattie del sangue	
<input type="checkbox"/> altro (specificare)	<input type="checkbox"/> epilessia	
	<input type="checkbox"/> insufficienza renale	
	<input type="checkbox"/> disturbi psichici	

Data _____

FIRMA _____

**N.B. La presente domanda va compilata in tutte le sue parti, datata e firmata; può essere inviata a mezzo raccomandata al seguente indirizzo :
 Via Sant’Anna II° Tronco n.18/I 89128 Reggio Calabria o trasmessa tramite PEC al seguente indirizzo : affari generali.asprc@certificatamail.it**

