

All'Ufficio Provinciale della Motorizzazione Civile di

Richiesta del codice di identificazione per il rilascio delle certificazioni mediche attestanti il possesso dei requisiti fisici e psichici per il conseguimento/rinnovo della patente di guida.

Il/La sottoscritto/a:

Cognome _____ Nome _____

Sesso ___ (M/F) Cod. Fiscale _____ Nato/a il ___/___/_____

In prov. di ¹ _____ a _____

In (Stato Estero Nascita)² _____ a (Località Estera Nascita) _____

Residente in Prov. di _____ a _____

Indirizzo _____ Num. Civ. _____ CAP _____

E-mail ³ _____ Telefono³ _____

Cell.³ _____ Fax _____

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

dichiara

- a) di appartenere alla categoria di cui all'articolo 2 del Decreto Ministeriale del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti del 31 gennaio 2011 in quanto medico militare in quiescenza
- b) di essere medico iscritto all'ordine provinciale di _____ con numero _____
- c) di non essere stato destituito dall'incarico per motivi disciplinari o a seguito di condanne penali, nè di essere stato dispensato dal servizio per ragioni di particolari infermità inabilitanti l'attività certificativa

e chiede

l'assegnazione di un codice di identificazione per il rilascio delle certificazioni mediche attestanti il possesso dei requisiti fisici e psichici di idoneità alla guida.

Data ___/___/_____

Firma _____

Si allega copia fotostatica del documento di identità

¹ Solo per i nati in Italia

² Solo per i nati all'estero

³ E' obbligatorio compilare almeno uno dei campi indicati