

All'Ufficio Provinciale della Motorizzazione Civile di _____

Richiesta del codice di identificazione per l'accertamento dei requisiti fisici e psichici per il conseguimento/rinnovo della patente dei guida.¹

Il/La sottoscritto/a:

Cognome _____ Nome _____

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

In Prov. di² _____ a _____

In (Stato Estero Nascita)³ _____ a (Località Estera Nascita) _____

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 essere medico iscritto all'ordine provinciale di _____ con numero _____

b) di appartenere alla categoria di cui all'articolo 1 del Decreto Ministeriale del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti del 31 gennaio 2011 in quanto in servizio presso

ufficio con funzioni di medicina legale della ASL di _____

distretto sanitario di _____

Ministero della Salute

Polizia di Stato

Ministero della Difesa, o altra Amministrazione, come medico militare in servizio permanente effettivo, corpo _____

Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

Ferrovie dello Stato

avente sede⁴ in prov. di _____ a _____

Indirizzo _____ CAP _____

E-mail⁵ _____ Telefono⁵ _____

Cell. Medico⁵ _____ Fax _____

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 del richiedente _____

Timbro e visto dell'ufficio di appartenenza



Si allega copia fotostatica del documento di identità

¹ Da presentare all'ufficio competente per il tramite dell'ufficio di appartenenza

² Solo per i nati in Italia

³ Solo per i nati all'estero

⁴ Riportare i dati della sede dell'ufficio di appartenenza

⁵ E' obbligatorio compilare almeno uno dei campi indicati