

Alla Commissione Medica Locale di Avellino
Corso Europa, 66
83100 AVELLINO
commissionemedicalocale@aslavellino.it

Il/la sottoscritto/a
nato/a ail.....
residente aCAP.....
Via / Piazza /Corso.....n°.....

Titolare della **patente di guida** Normale Speciale

Categoria

AM	A1	A2	A	B1	B	C1	C1E	C	CE	D1	D1E	D	DE
----	----	----	---	----	---	----	-----	---	----	----	-----	---	----

N°.....rilasciata da MCTC/Prefettura.....

il..... scadenza il.....

Ai sensi del DLgs 30 giugno 2003, n. 196 (Codice della Privacy)

DELEGA

Il/la Sig./ra
nato/a ail.....
residente aCAP.....
Via / Piazza /Corso.....n°.....

ALLA PRENOTAZIONE DELLA VISITA MEDICA PRESSO LA COMMISSIONE MEDICA LOCALE DI AVELLINO

IN ALLEGATO:

fotocopie fronte-retro dei documenti d'identità validi sia del delegante che del delegato

Luogo e data

Firma leggibile del delegante

.....

.....