

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

Il/la sottoscritto/a
nato/a a il.....
residente / domiciliato aCAP.....
Vian°.....

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.....

CHIEDE

NULLA OSTA ad effettuare la visita per l'accertamento della idoneità psicofisica alla guida di
autoveicoli presso la Commissione Medica Locale di.....
per la seguente motivazione.....
.....

Allega fotocopia – fronte/retro – del documento di identità.

Luogo e data

Firma leggibile

.....

.....