

Al Presidente della
Commissione Medica Locale
VARESE

RICHIESTA RIQUALIFICAZIONE/DECLASSAMENTO PATENTE DI GUIDA

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____ (___)

Titolare della patente di guida categoria A B C D E Speciale

rilasciata da Prefettura MCTC UCO di _____

nr _____ con scadenza _____

Chiede di essere valutato al fine della verifica della persistenza dei requisiti psico-fisici previsti dalla normativa vigente per la idoneità alla guida per i veicoli per i quali abilita la patente di categoria

A B C D E Speciale

Data

firma del titolare della patente