

ALLA COMMISSIONE MEDICA LOCALE PER
L'ACCERTAMENTO DEI REQUISITI PSICO- FISICI
PER LA GUIDA DEI VEICOLI A MOTORE

c/o AZIENDA SANITARIA ASM
Servizio di Igiene e Sanità Pubblica
MATERA

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ via _____ tel n° _____

C H I E D E

di essere sottoposto a visita medico-collegiale per l'accertamento dei requisiti psico – fisici per la guida dei veicoli a motore:

Allega alla presente:

- n° 1 marca da bollo da **€14,62**;
- ricevuta di versamento **di € 30,99** su c/c postale **95747937** intestato all'Azienda Sanitaria ASM di Matera;
- ricevuta di versamento di € 9,00 sul c/c **9001**;
- una foto tessera (nel caso in cui trattasi di primo rilascio o duplicato);
- fotocopia Codice Fiscale;
- fotocopia Patente o Carta di identità;
- certificazioni sanitarie specialistiche rilasciate dalla Struttura Pubblica relativa alla propria patologia;
- visita cardiologica e neurologica per gli utenti ottantenni ;
- eventuale certificato di invalidità.

Data

Firma
