

data _____

AL DIRETTORE DELL'UFFICIO
PROVINCIALE DELLA M.C.T.C.
SEDE DI MODENA

OGGETTO: Segnalazione della patente di guida

Si comunica che a seguito della visita medica effettuata dal sottoscritto in data odierna, risulta che il/la Sig./ra _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in Via _____

n. _____ titolare di patente di guida della categoria _____ n. _____

rilasciata da _____ in data _____

**E' AFFETTO DA PATOLOGIA DI COMPETENZA
DELLA COMMISSIONE MEDICA LOCALE**

Di conseguenza si ritiene che vi sia la necessità di far sottoporre l'interessato a visita medica da parte della Commissione Medica Locale per l'idoneità della patente di guida di diversa categoria o per una validità limitata.

IL MEDICO
(firma e timbro)