

All'Ufficio Provinciale della Motorizzazione Civile di \_\_\_\_\_

**Oggetto: Richiesta del codice di identificazione per il rilascio delle certificazioni mediche attestanti il possesso dei requisiti fisici e psichici per il conseguimento/rinnovo della patente di guida.**

Il/La sottoscritto/a: Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Sesso \_\_\_\_ (M/F) Cod. Fiscale \_\_\_\_\_ Nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

In prov. di <sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

In (Stato Estero Nascita) <sup>(2)</sup> \_\_\_\_\_ a (Località Estera Nascita) \_\_\_\_\_

Residente in Prov. di \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Num. Civ. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

E-mail <sup>(3)</sup> \_\_\_\_\_ Telefono <sup>(3)</sup> \_\_\_\_\_

Cell. <sup>(3)</sup> \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

#### DICHIARA

- a) di appartenere alla categoria di cui all'articolo 2 del Decreto Ministeriale del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti del 31 gennaio 2011 in quanto **medico militare in quiescenza** dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- b) di essere medico iscritto all'ordine provinciale di \_\_\_\_\_ con numero \_\_\_\_\_
- c) di non essere stato destituito dall'incarico per motivi disciplinari o a seguito di condanne penali, nè di essere stato dispensato dal servizio per ragioni di particolari infermità inabilitanti l'attività certificativa

#### e CHIEDE

l'assegnazione di un codice di identificazione per il rilascio delle certificazioni mediche attestanti il possesso dei requisiti fisici e psichici di idoneità alla guida.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Si allega copia fotostatica del documento di identità.

<sup>(1)</sup> Solo per i nati in Italia

<sup>(2)</sup> Solo per i nati all'estero

<sup>(3)</sup> E' obbligatorio compilare almeno uno dei campi indicati