

**DOMANDA DI RILASCIO DI CERTIFICAZIONE DI I LIVELLO**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, Residente a \_\_\_\_\_

Via/ Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_, Fax: \_\_\_\_\_, Cell: \_\_\_\_\_,

Carta d'Identità n. \_\_\_\_\_,

Rilasciata dal Comune di \_\_\_\_\_, in data \_\_\_\_\_

Codice Fiscale n. \_\_\_\_\_

Altezza cm: \_\_\_\_\_, Peso Kg: \_\_\_\_\_

Invalidità / Patologie  SI: \_\_\_\_\_,  NO**Chiede di essere sottoposto a visita medica per il rilascio del seguente certificato medico di I livello:**

<input type="checkbox"/> <b>PATENTE NAUTICA</b>	
<input type="checkbox"/> ENTRO 12 MIGLIA	<input type="checkbox"/> A MOTORE
<input type="checkbox"/> SENZA LIMITI DALLA COSTA	<input type="checkbox"/> A VELA <input type="checkbox"/> TUTTI I TIPI
<input type="checkbox"/> <b>AM (IDONEITÀ ALLA GUIDA CICLOMOTORI)</b>	
<input type="checkbox"/> SOGGETTO MINORENNE	<input type="checkbox"/> SOGGETTO MAGGIORENNE
<input type="checkbox"/> <b>PATENTE DI GUIDA (INFERIORE: "A")</b>	
<input type="checkbox"/> RILASCIO	<input type="checkbox"/> SOGGETTO MINORENNE
<input checked="" type="checkbox"/> <b>PATENTE DI GUIDA (INFERIORE: "A" o "B")</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> RILASCIO	<input type="checkbox"/> CONFERMA DI VALIDITA'
<input type="checkbox"/> <b>PATENTE DI GUIDA (SUPERIORE: C, D, E, K; CAP),</b>	
<input type="checkbox"/> RILASCIO	<input type="checkbox"/> CONFERMA DI VALIDITA'

PATENTE CAT: \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

RILASCIATA DA \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_, SCADE IL \_\_\_\_\_

DATA

IN FEDE

NB: Allegare copia documento di riconoscimento valido e codice fiscale