

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"/> PATENTE NAUTICA	
<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"/> CIG (IDONEITÀ ALLA GUIDA CICLOMOTORI)	
<input type="checkbox"/> SOGGETTO MINORENNE	<input type="checkbox"/> SOGGETTO MAGGIORENNE
<input type="checkbox"/> PATENTE DI GUIDA (INFERIORE: A)	
<input type="checkbox"/> RILASCIO	<input type="checkbox"/> SOGGETTO MINORENNE
<input type="checkbox"/> PATENTE DI GUIDA (INFERIORE: A - B)	
<input type="checkbox"/> RILASCIO	<input type="checkbox"/> CONFERMA DI VALIDITÀ
<input checked="" type="checkbox"/> PATENTE DI GUIDA (SUPERIORE: BE, C, D, E, CAP),	
<input checked="" type="checkbox"/> RILASCIO	<input type="checkbox"/> CONFERMA DI VALIDITÀ

PATENTE CAT: _____ N. _____

RILASCIATA DA _____ IL _____, SCADE IL _____

DATA

IN FEDE

NB: Allegare copia documento di riconoscimento valido e codice fiscale