

## DOMANDA 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 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 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> TUTTI I TIPI</span>
<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 - B)</b>	
<input type="checkbox"/> RILASCIO	<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONFERMA DI VALIDITA'</b>
<input type="checkbox"/> <b>PATENTE DI GUIDA (SUPERIORE: C, D, E, 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