**MODULO DA CONSEGNARE COMPLETO IN OGNI SUA PARTE ENTRO**

**E NON OLTRE IL MERCOLEDI’\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Patente B-C-D**

**Nome e Cognome:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via/p.zza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n°\_\_\_\_\_

provincia (\_\_\_\_\_) **Recapito telefonico** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dati anagrafici** : Luogo, Giorno/Mese/Anno di Nascita.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Documento valido Carta Identità**: Numero, Data del Rilascio, Comune , Scadenza;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Codice Fiscale** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Patente N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data Rilascio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Scadenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IL COSTO DEL CONTRASSEGNO PER IL RITIRO DELLA PATENTE E’ A CARICO DEL PAZIENTE**

**1 foto tessera primo piano a sfondo bianco e senza occhiali**

**Per guida con lenti**: portare referto ultima visita oculistica o certificato rilasciato dall’ottico con la lettura delle lenti

**Per protesi acustiche**: certificato con caratteristiche tecniche della protesi in uso.

**Per chi ha problemi di cardiologia o diabete**: il certificato rilasciato dal medico specialista.

|  |  |
| --- | --- |
| **FIRMA** |  |