

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE A.U.L.S.S.12 VENEZIANA
Servizio Medicina Legale
P.le S.Izo Giustiniani 11/D-30174 MESTRE
e-mail: commissionepatenti@ulss12.ve.it
Tel.041/2608147 Fax 041/2608148

IL SOTTOSCRITTO _____

NATO A _____ IL _____ RESIDENTE A _____

VIA/PIAZZA _____ N° _____

TELEFONO _____ FAX _____ CEL _____

N° Carta d'Identità _____

rilasciata dal Comune di _____ in data _____

N° codice fiscale _____ ALTEZZA _____ PESO _____

INVALIDITÀ / PATOLOGIE **si** **no**

chiede di essere sottoposto a visita medica per il rilascio del seguente certificato medico legale di I° livello
 (Segnare con una x):

Idoneità fisica navigazione	Abilitazione Impiego gas tossici
Idoneità taxi e collegio natanti	Idoneità assistenti bagnanti
Porto d'Armi	Certificato per uso militare
Idoneità detenzione armi	Impedimento esercizio di voto
Idoneità al volo	Mobilità persone invalide
Conduzione generatore vapore	Altro
Esonero cinture di sicurezza	

Patente nautica	Patente di guida A e B	Patente di guida C-D-E- K
<input type="checkbox"/> RILASCIO <input type="checkbox"/> CONFERMA DI VALIDITA'		
PATENTE CAT. _____ N. _____		
RILASCIATA DA _____ IN DATA _____ SCADENZA _____		

I VERSAMENTI VERRANNO INDICATI AL MOMENTO DELL'APPUNTAMENTO

Allegare inoltre copia documento di riconoscimento valido, codice fiscale e fotocopia leggibile patente di guida

DATA

IN FEDE
