SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL ROMA E

Cod. S/449/14

REGIONE LAZIO

COMMISSIONE MEDICA LOCALE ROMA 1

Lungotevere della vittoria N° 3 - Roma 00195

IL PRESENTE FOGLIO E' DA ESIBIRE AL MOMENTO DELLA VISITA PRESSO LA COMMISSIONE

il Sig.re/ra ..... Nato/a il .....

La S.V. dovrà presentarsi a visita medica per ☐ **REVISIONE** ☐ **DUPLICATO** ☐ **RILASCIO** ☐ **RINNOVO** della patente di guida presso questa Commissione Medico Legale che si terrà il giorno ..... alle ore..... il suo numero pratica..... le visite si effettueranno al seminterrato(piano meno uno)

NB. La mancata presentazione a Visita non preventivamente comunicata sarà considerata nulla, la pratica e tutto il suo contenuto verrà cestinato.

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

☐ FOTO TESSERA

☐ VERSAMENTO C.C. 9001 € 9,00

☐ VERSAMENTO C.C 4028 € 16,00

☐ PAGAMENTO COMMISSIONE € 18,59

La documentazione contrassegnata con il segno **x** è inserita agli atti

☐ PAGAMENTO COMMISIONE INGEGNERE €30,99

☐ FOTOCOPIA PATENTE ☐ FOTOCOPIA CARTA D'IDENTITA' (solo se non in possesso di patente)

☐ FOTOCOPIA CODICE FISCALE

☐ FOTOCOPIA PROVVEDIMENTO DI REVISIONE

☐ MARCA DA BOLLO €16,00 (se trattasi di **rilascio, revisione, duplicato)**

Firma Utente	in data odierna	Timbro e firma operatore
.....	.....	.....

SI ALLEGA ALLA PRESENTE FOGLIO INFORMATIVO