

Visita Medica per Rinnovo Patente 2026

Dati del Richiedente

Nome e Cognome: _____

Codice Fiscale: _____

Data di nascita: _____

Residenza: _____

Telefono: _____

Tipo di Patente

Categoria patente: _____

Numero patente: _____

Data di scadenza: _____

Dichiarazioni Sanitarie

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle condizioni di salute rilevanti ai fini del rinnovo della patente.

Esito Visita Medica

Idoneità alla guida: _____

Limitazioni (se presenti): _____

Luogo e data: _____

Firma del medico: _____

Firma del richiedente: _____