

COMUNICAZIONE AI SENSI DELL'ART. 331 DEL D.P.R. 16 DICEMBRE 1992, N. 495
(DA COMPILARE A MACCHINA O A STAMPATELLO)

Il/La Sig. _____
(Cognome) (Nome)

nat o/a a _____ (Comune) _____ (Sigla provincia) il ____/____/____ (giorno / mese / anno)

nazionalità _____ codice fiscale _____

residente in _____ (Comune) _____ (Sigla provincia)

via _____ n. _____ tel. _____ c.a.p. _____

con visita effettuata in data _____

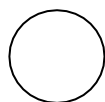
E' IDONEO ALLA CONFERMA DI VALIDITA'

con le seguenti prescrizioni (1)

- NESSUNA PRESCRIZIONE (N)
- OBBLIGO LENTI (L)
- OBBLIGO LENTI A CONTATTO (C)
- OBBLIGO PROTESI ACUSTICA (U)

annotazioni: _____

della patente di categoria _____ numero _____, rilasciata dalla
Motorizzazione Civile (2) di _____ il ____/____/____
Prefettura (giorno / mese / anno)



generalità, qualità e firma del sanitario

DA INVIARE A: UFFICIO CENTRALE OPERATIVO MOTORIZZAZIONE CIVILE - CASELLA POSTALE APERTA - 00162 - ROMA NOMENTANO - NEL TERMINE DI 5 GIORNI DECORRENTE DALLA DATA DI EFFETTUAZIONE DELLA VISITA MEDICA.

UFFICIO DEL SANITARIO CHE HA EFFETTUATO L'ACCERTAMENTO

Denominazione _____
via _____ Tel. _____

(Comune) (Sigla provincia) (c.a.p.)

- (1) Barrare con una X la parte che interessa
(2) Cancellare la parte che non interessa

COMUNICAZIONE PER GLI UTENTI

In caso di mancata ricezione della patente è consigliabile rivolgersi al Call Center o scrivere una mail a: uco.dgmot@mit.gov.it.

Il Call Center è attivo dal lunedì al venerdì, dalle 8:00 alle 21:00 ed il sabato, dalle 8:00 alle 14:00, ed è raggiungibile componendo il numero 800 23 23 23, gratuito da telefono fisso e il numero 06 45 77 59 27 da cellulare, a pagamento in base alla tariffa applicata dai diversi gestori.