

**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 \_\_\_\_\_

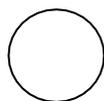
**E' IDONEO ALLA CONFERMA DI VALIDITA'**

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](mailto: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.