

All'Ufficio Provinciale Motorizzazione Civile di _____

Richiesta del codice di identificazione per l'accertamento dei requisiti fisici e psichici per il conseguimento/rinnovo dei titoli abilitativi alla guida.¹

Il/La sottoscritto/a:

Cognome _____ Nome _____

Sesso ____ (M/F) Cod. Fiscale _____ Nato/a il ____/____/____

In Prov. di² _____ a _____

In (Stato Estero Nascita)³ _____ a (Località Estera Nascita) _____

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

dichiara

di essere rappresentante legale pro-tempore dell'ufficio con funzioni di medicina legale della

ASL n. _____ di _____

avente sede⁴ in prov. di _____ a _____

Indirizzo _____ CAP _____

E-mail⁵ _____ Telefono⁵ _____

Cell.⁵ _____ Fax _____

e chiede,

ai sensi dell'articolo **1 bis, punto a)** del Decreto Ministeriale del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti del 31 gennaio 2011 e s.m.i, l'assegnazione di un codice di identificazione per il suddetto Ufficio per il rilascio delle certificazioni mediche attestanti il possesso dei requisiti fisici e psichici di idoneità alla guida.

Data ____/____/____ Firma del rappresentante _____

Timbro e visto dell'ufficio di appartenenza



Si allega copia fotostatica del documento di identità

¹ Da presentare all'ufficio della Motorizzazione territorialmente competente in ragione del luogo ove ha sede l'ufficio di appartenenza

² Solo per i nati in Italia

³ Solo per i nati all'estero

⁴ Riportare i dati della sede dell'ufficio di appartenenza

⁵ E' obbligatorio compilare il campo E-mail ed almeno uno degli altri campi indicati