

Alla Commissione Medica Provinciale  
di \_\_\_\_\_

Oggetto:    CONSEGUIMENTO 1° patente in assoluto  
          **CONVERSIONE patente B in B speciale**  
          RINNOVO patente B speciale

Il sottoscritto.....nato a.....il.....  
residente in Via..... N°.....  
CAP..... Comune.....Provincia .....

Tel.....(obbligatorio)

chiede:

di essere sottoposto a visita medica per la (Conseguimento, **Conversione**, Rinnovo)  
della patente di guida. a causa della seguente limitazione funzionali (specificare il tipo di  
disabilità)

.....  
.....  
.....  
.....

Allego:

**Fotocopia della Patente in corso**

**Fotocopia del Codice Fiscale**

Fotocopia del Documento d'identità (per chi consegue la patente per la prima volta)

Data.....

Firma.....