



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia

Dipartimento di Sanità Pubblica  
Servizio Medicina Legale

Sede di Reggio Emilia

## PRENOTAZIONE VISITA PATENTI

Nome e cognome:  
luogo di nascita: prov  
data di nascita:  
comune di residenza: prov  
via/piazza: n°  
n. di telefono:  
categoria patente: /num.patente  
rilasciata da:  
il:  
scadenza il:  
motivo della visita in commissione ( specificare eventuali patologie ):

**Solo nel caso di Revisione Straordinaria emessa dalla Prefettura o dalla Motorizzazione Civile, specificare:**

n. provvedimento: data emissione  
periodo di sospensione  
motivo della sospensione ( barrare con croce ):

Art.  186 Abuso etilico

Art.  187 Uso sostanze stupefacenti

Firma

Data

\_\_\_\_\_

**N.B. Tutti i dati richiesti sono necessari ai fini della prenotazione, in mancanza di uno o più dati, la segreteria non potrà effettuare la prenotazione. La prenotazione giunta a buon fine, sarà inviata alla residenza specificata, tramite servizio postale, in un periodo di 10 giorni circa.**