

Alla Commissione Medica Provinciale
di _____
(settore Patenti Speciali)

Oggetto: **CONVERSIONE patente B in 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 **Conversione**
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.....