

CROCE ROSSA ITALIANA

COMUNICAZIONE AI SENSI DELL'ART. 331 DEL D.P.R. 16 DICEMBRE 1962 N. 495
(da compilare a macchina o a stampatello)

Sig./ra
(cognome) (nome)

nato/a a () il / / nazionalità
giorno mese anno

codice fiscale residente in ()
(Comune) (Prov.)

Via: n° C.A.P.

con visita effettuata in data ___ / ___ / ___

E' IDONEO AL: RILASCIO PER ESAME – CONVERSIONE - CONFERMA DI VALIDITA'
(cancellare i casi che non ricorrono)

della patente CRI categoria:

1	2	3	4	4b	5	5b	6	7	8	9
---	---	---	---	----	---	----	---	---	---	---

(croceettare la/le categorie che ricorrono)

con le seguenti prescrizioni (1)

- NESSUNA PRESCRIZIONE (N)
- OBBLIGO LENTI (L)
- OBBLIGO LENTI A CONTATTO (C)
- OBBLIGO PROTESI ACUSTICA (U)

annotazioni: _____

L'interessato è in possesso della patente _____ categoria _____ n. _____
(CRI / civile)

rilasciata il _____ da _____

N.B. Il certificato medico originale è consegnato all'interessato

Generalità, qualifica e firma del Sanitario

(Firma eTimbro)

DA INVIARE AL COMITATO C.R.I. COMPETENTE AL RILASCIO DELLA PATENTE UNITAMENTE AI DOCUMENTI NECESSARI PER LA STAMPA DELLA PATENTE C.R.I

Qualifica e nominativo del sanitario _____

Sede C.R.I. presso la quale ha svolto l'accertamento _____

via/piazza _____ n° _____ comune _____ Prov. () C.A.P. _____

Il presente documento consente al Comitato C.R.I. competente, di poter stampare e recapitare all'unità C.R.I. interessata la patente C.R.I. rinnovata