

CROCE ROSSA ITALIANA

COMUNICAZIONE AI SENSI DELL'ART. 331 DEL D.P.R. 16 DICEMBRE 1992, N. 495

(da compilare a macchina o a stampatello)

Sig. _____ (cognome) _____ (nome)
 nato a _____ (_____) il ____ / ____ / ____
 (giorno / mese / anno)
 nazionalità _____ codice fiscale _____
 residente in _____ (_____)
 (comune) (sigla provincia)
 via _____ n. _____ C.A.P. _____

con visita effettuata in data ____ / ____ / ____

E' IDONEO ALLA CONFERMA DI VALIDITA'

con le seguenti prescrizioni (1)

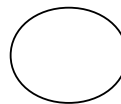
- NESSUNA PRESCRIZIONE (N)
- OBBLIGO LENTI (L)
- OBBLIGO LENTI A CONTATTI (C)
- OBBLIGO PROTESI ACUSTICA (U)

annotazioni: _____

della patente C.R.I. di categoria _____ numero _____ rilasciata dal

Comitato Provinciale (2) di _____ il ____ / ____ / ____
Regionale (giorno / mese / anno)

Allega copia certificato medico
 (l'originale è consegnato all'interessato)



generalità, qualifica e firma del sanitario

**DA INVIARE AL COMITATO PROVINCIALE O REGIONALE C.R.I. COMPETENTE
 NEL TERMINE DI 5 GIORNI DECORRENTE DALLA DATA DI EFFETTUAZIONE DELLA VISITA MEDICA**

Qualifica e nominativo del sanitario _____
 Sede C.R.I. presso la quale ha svolto l'accertamento _____
 via _____ n° _____
 comune _____ prov. _____ C.A.P. _____

RICEVUTO DAL COMITATO _____ (3) C.R.I. DI _____
 protocollo di arrivo _____ data di arrivo _____ Resp. del Procedimento
 visto: _____

(1) Barrare con una "X" la casella che interessa
 (2) Cancellare la parte che NON interessa
 (3) Aggiungere "PROVINCIALE" oppure "REGIONALE"

Modello conforme all'art. 236 del D.P.R. 16.9.1996 che sostituisce l'art. 331 del D.P.R. 16.12.1992, n. 495

Il presente documento consentirà al Comitato Provinciale o Regionale C.R.I. competente, di poter stampare e recapitare all'Unità C.R.I. interessata l'adesivo di rinnovo, che l'auista C.R.I. dovrà applicare sulle patente