

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'

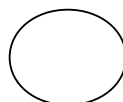
con le seguenti prescrizioni (1)

- 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 _____ Regionale _____ (2) di _____ il ____ / ____ / ____
 (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'aulista C.R.I. dovrà applicare sulle patente