

Dott. \_\_\_\_\_

Medico Chirurgo

Indirizzo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Luogo, data

Si attesta che il Sig. \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_

in base alla visita medica effettuata e ai dati anamnestici dallo stesso riferiti non presenta evidenza clinica di condizioni psicofisiche ostative alla guida di ciclomotore. La validità del presente certificato, redatto in data odierna, decade qualora dovessero modificarsi le caratteristiche cliniche attualmente rilevate.

Si rilascia, in carta libera, a richiesta dell'interessato, per uso conseguimento *certificato di idoneità alla guida di ciclomotore* (legge n° 168 17/08/2005).

Timbro e firma