

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