

Marca da bollo 16.00

MARCA OPERATIVA E DATA
DATA ESAME

RICHIESTA ESAME ORALE PER CANDIDATO AFFETTO DA SORSOMUTISMO
(Circ. 36/1993 – prot. MOT3/4391-4374/M350/2004 – Prot- 20034/23.3.5/2014)

All' Ufficio Motorizzazione Civile di **Firenze**

Il / La sottoscritt _____
nat _____ il _____ / _____ / _____ a _____ (_____)
Cittadinanza _____
residente a _____ via _____ n° _____

CHIEDE

Ai sensi delle vigenti disposizioni, di sostenere gli esami di teoria per il conseguimento della patente di guida con **METODO ORALE** (*Allegare certificato medico che attesti la condizione di sordomutismo*).

DICHIARA

Ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000

di farsi assistere, a proprie spese, da interprete della comunicazione gestuale appartenente alla sezione dell'Ente Nazionale Sordomuti della provincia di _____ (*Allegare attestato*).

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, il rilascio di dichiarazioni mendaci o la formazione e l'uso di atti falsi comporta sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196 delle norme successive:

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato che i dati sopra riportati saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito e ai fini del procedimento per il quale sono richiesti.

Sesto Fiorentino _____
(data)

Firma del dichiarante
