MO

TIMBRO AUTOSCUOLA

RICHIESTA ESAME DI REVISIONE

Il/la sottoscritto/a_____
(cognome) (nome)

nato a _____ il _____
(luogo) (data)

residente a _____
(comune) (via) (num.civico)

titolare di :

☐ patente n. _____ rilasciata il _____

da _____

☐ carta di qualificazione del conducente (**CQC**) per trasporto **PERSONE** – **MERCI**
(cancellare il caso che non ricorre)

C H I E D E

di essere sottoposto ad esame di revisione della

☐ Patente di guida della categoria _____

☐ Qualificazione CQC per il trasporto di _____

Sesto Fiorentino _____
(data)

Firma del richiedente

_____