

Marca Operativa Ufficio

Timbro e Codice Autoscuola

Regione Siciliana
Dipartimento delle Infrastrutture, della
Mobilità e dei Trasporti
Servizio della Motorizzazione Civile di

Oggetto: **richiesta di Esame di Revisione**

giusta circolare Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti prot. n° 16729 del
22/07/2016

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

nato a _____ (_____) il _____
(luogo) (prov.)

residente a _____ (_____)
(luogo) (prov.)

in Via/Piazza _____ n. _____
(indirizzo)

titolare:

di patente di guida n. rilasciata da
.....;

di qualificazione C.Q.C. per il trasporto di PERSONE/MERCI

CHIEDE

di essere sottoposto ad esame di revisione della

di patente di guida categoria n. ;

qualificazione C.Q.C. per il trasporto di

(luogo, data)

firma
