

ALL'AMBASCIATA D'ITALIA

DAKAR

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____

Stato/provincia _____

il _____

chiede il rinnovo della patente di guida italiana n. _____

Rilasciata dalla Motorizzazione di _____ (_____)

Il _____ con scadenza il _____

e, a tal fine, consapevole delle conseguenze penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non rispondenti a verità,

dichiara sotto la propria responsabilità

di non essere affetto/a da diabete o altre patologie che richiedano visita presso apposita commissione medica.

Dakar, _____

In fede
