Spett. RFI SpA

Direzione Sanità

**Unità Sanitaria Territoriale BOLOGNA**

Piazza Medaglie d’Oro, 3

40121 Bologna  
**pec**: [rfi-dpo-sa.bo@pec.rfi.it](mailto:rfi-dpo-sa.bo@pec.rfi.it)

Il sottoscritto nato a il titolare della patente di guida Cat. rilasciata da il , già sottoposto a visita presso la Commissione Medica Locale ASL

in data e da questa giudicato

CHIEDE

ai sensi del comma 5, art. 23, Legge 120 del 29/07/2010, di essere sottoposto a visita medica finalizzata ad una diversa valutazione rispetto a quella espressa dalla CML ASL di

in data che il sottoscritto non condivide per i seguenti motivi:

Si allega la copia del certificato medico rilasciato dalla CML ASL di

Data

Firma

*Indirizzo dove inviare la lettera raccomandata A/R di invito alla visita:*

*VIA CAP*  *CITTA’*  *RECAPITO TELEFONICO*

*Mail*