

Servizio Comune di Medicina  
Legale Provinciale  
MO Disabilità  
Azienda USL di Ferrara  
Via Cassoli 30 – 44121 Ferrara

Oggetto: Domanda visita collegiale per RICORSO PORTO D'ARMI

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residente a \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**di essere sottoposto a visita medico-collegiale al fine di valutare la sussistenza dei requisiti psicofisici richiesti dall'art.1 D.M. Sanità del 28/04/98.**

Ferrara, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

**Istruzioni:**

1. Compilare la domanda in tutte le sue parti
2. Allegare fotocopia della documentazione medica/Provvedimento della prefettura
3. Spedire via raccomandata o consegnare la domanda allo sportello INFORMAZIONI della medicina legale, dal lunedì al venerdì dalle 9:00 alle 12:00
4. Attendere di riceverete la convocazione per la visita