



ASL Mediocampidano
Azienda socio-sanitaria locale

**COLLEGIO MEDICO LEGALE
ASSL SANLURI**

OGGETTO: Richiesta di visita Medico Collegiale

Il Sottoscritto _____ nato a _____
prov. _____ il _____ e _____ residente _____ a _____
in via/piazza _____ cap _____
telef/cell. _____ email: _____

CHIEDE

Di essere sottoposto ad accertamento medico collegiale al fine di ottenere Nulla Osta per :

- Contrassegno invalidi**
- Idoneità psicofisica volo da diporto o sportivo**
- Esenzione cinture automobilistiche**
- Idoneità psicofisica detenzione/uso armi**
- Idoneità psicofisica rinnovo patente**
- Idoneità al lavoro**
- Grave patologia**

In fede

Sanluri _____

CHI PRESENTA ISTANZA DI RILASCIO CONTRASSEGNO

**DEVE ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE COPIA DEL VERBALE DI LEGGE 104/92
VALIDO RILASCIATO DALL'INPS (pag. 3 e 4) che deve essere stato rilasciato negli
ultimi 24 mesi**

Alla presente istanza dovrà essere allegato un versamento di **€26.00** sul **c/c 01058744648 "entrate varie"** intestato a **ASL 6 Medio Campidano** e avente come causale **"Accertamento CML"**