

**COLLEGIO MEDICO LEGALE  
ASSL SANLURI**

**OGGETTO:** Richiesta di visita Medico Collegiale

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in via/piazza  
\_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_  
cap \_\_\_\_\_ telef/cell. \_\_\_\_\_

**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**
- Altro**

In fede

Sanluri \_\_\_\_\_

**DA ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE COPIA DEL VERBALE DI  
LEGGE 104/92 VALIDO RILASCIATO DALL'INPS (pag. 3 e 4)**

Alla presente istanza dovrà essere allegato un versamento di € 26.00 sul c/c postale n. 21820097 intestato a: ATS - ASSL SANLURI - ENTRATE VARIE e avente come causale "Accertamento CML".