

AL COLLEGIO MEDICO LEGALE
ASLMEDIOCAMPIDANO

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. 01058744648 "entrate varie" intestato a ASL Medio Campidano e avente come causale "**Accertamento CML**".