

Alla A.U.S.L. Viterbo  
U.O.C. Medicina Legale Aziendale  
Collegio Medico Porto d'armi  
Via Enrico Fermi, 15  
01100 Viterbo

.... I .... sottoscritt.....  
nat.... a ..... prov . ..... il .....  
residente a .....in Via ..... n° .....  
C.A.P. .... domiciliat.... <sup>(1)</sup> a ..... prov . .....  
in Via ..... n° .....Tel. ....cell. ....  
fax ..... e-mail .....

**CHIEDE**

di essere sottoposto/a a visita medica a seguito di revisione di porto d'armi disposta dalla Questura per:

- <sup>(2)</sup> uso sostanze stupefacenti
- <sup>(2)</sup> uso alcool
- <sup>(2)</sup> sussistenza dei requisiti psicofisici (*specificare patologia/e*) .....

**DICHIARA sotto la propria responsabilità:**

- <sup>(2)</sup> di **NON ESSERE** riconosciuto/a invalido/a
- <sup>(2)</sup> di **ESSERE**:
  - <sup>(2)</sup> invalido/a civile al ..... %
  - <sup>(2)</sup> invalido/a di guerra ..... categoria
  - <sup>(2)</sup> invalido/a per cause di servizio ..... categoria
  - <sup>(2)</sup> invalido/a per infortunio sul lavoro al ..... %
  - <sup>(2)</sup> titolare di riconoscimento di malattia professionale
  - <sup>(2)</sup> titolare di riconoscimento ai sensi della legge n° 104/92

Data .....  
Firma per esteso

Allega:

- fotocopia lettera della Questura;
- fotocopia documento d'identità;
- fotocopia del verbale di invalidità.

<sup>(1)</sup> indicare nel caso di domicilio diverso dalla residenza

<sup>(2)</sup> barrare le caselle che interessano