

Alla A.S.L. Viterbo
U.O.S.D. Medicina Legale
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.... ⁽¹⁾ a prov
in Via n° Tel. cell.
fax e-mail

CHIEDE

di essere sottoposto/a a visita medica a seguito di revisione di ⁽²⁾ porto d'armi ⁽²⁾ detenzione
d'armi disposta dalla Questura per:

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

DICHIARA sotto la propria responsabilità:

- ⁽²⁾ di **NON ESSERE** riconosciuto/a invalido/a
- ⁽²⁾ di **ESSERE**:
 - ⁽²⁾ invalido/a civile al %
 - ⁽²⁾ invalido/a di guerra categoria
 - ⁽²⁾ invalido/a per cause di servizio categoria
 - ⁽²⁾ invalido/a per infortunio sul lavoro al %
 - ⁽²⁾ titolare di riconoscimento di malattia professionale
 - ⁽²⁾ 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.

⁽¹⁾ indicare nel caso di domicilio diverso dalla residenza

⁽²⁾ barrare la casella che interessa