

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..... <sup>(1)</sup> a ..... prov .....  
in Via ..... n° ..... Tel. .... cell. ....  
fax ..... e-mail .....

### **RICORRE**

contro il giudizio di inidoneità per <sup>(2)</sup> porto d'armi <sup>(2)</sup> detenzione d'armi espresso dal medico monocratico e chiede di essere sottoposto/a a visita medica.

#### **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 certificato rilasciato dal medico monocratico;
- fotocopia documento d'identità;
- fotocopia del verbale di invalidità.

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

<sup>(2)</sup> barrare la casella che interessa