

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

.... l sottoscritt.....
nat.... a prov il
residente ain Via n°
C.A.P. domiciliat.... ⁽¹⁾ a prov
in Via n°Tel.cell.
fax e-mail

RICORRE

contro il giudizio di inidoneità espresso dal medico monocratico e chiede di essere sottoposto/a a visita medica.

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

⁽¹⁾ indicare nel caso di domicilio diverso dalla residenza

⁽²⁾ barrare le caselle che interessano