

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/a. a ..... prov . ..... il .....  
residente a ..... in Via ..... n° .....  
C.A.P. .... domiciliato/a <sup>(1)</sup> a ..... prov..... in Via  
..... n° ..... Tel. .... cell. ....  
e-mail ..... pec .....  
Codice fiscale.....

### CHIEDE

- ☐ <sup>(2)</sup> di essere sottoposto/a a visita medica a seguito di **REVISIONE**  
☐ <sup>(2)</sup> porto d'armi per uso .....  
☐ <sup>(2)</sup> detenzione d'armi  
disposta dalla ☐ <sup>(2)</sup> Questura ☐ <sup>(2)</sup> Prefettura di .....
- ☐ <sup>(2)</sup> di essere sottoposto/a a visita medica per **RINNOVO**  
☐ <sup>(2)</sup> porto d'armi per uso .....  
☐ <sup>(2)</sup> detenzione d'armi  
in quanto già utente del Collegio Medico Legale Aziendale Porto d'armi di Viterbo
- 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 di

- ☐ <sup>(2)</sup> **NON ESSERE** invalido/a nè titolare di riconoscimento di malattia professionale o di  
riconoscimento ai sensi della legge n° 104/92
- ☐ <sup>(2)</sup> **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

Dichiaro di essere a conoscenza che la convocazione a visita potrà avvenire per posta, e-mail, pec.

*Dichiaro di aver preso visione delle informazioni di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 I dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. L'interessato potrà accedere ai dati chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendone gli estremi, la cancellazione o il blocco.*

Data ..... Firma per esteso

Allega:

- fotocopia lettera della Questura / Prefettura;
- fotocopia documento d'identità in corso di validità;
- fotocopia del verbale di invalidità con diagnosi, in corso di validità.

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

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