

**COLLEGIO MEDICO LEGALE
ASSL SANLURI**

OGGETTO: Richiesta di visita Medico Collegiale

Il Sottoscritto _____ nato a _____
prov. _____ il _____ e residente in via/piazza
_____ città _____

MAIL (Obbligatoria): _____ tel.: _____

CHIEDE

Di essere sottoposto ad accertamento medico collegiale al fine di ottenere Nulla Osta per :

- Contrassegno invalidi**
- Idoneità psicofisica volo da diporto o sportivo**
- Esenzione cinture automobilistiche**
- Idoneità psicofisica detenzione/uso armi**
- Idoneità psicofisica rinnovo patente**
- Idoneità al lavoro**
- Grave patologia**
- Altro**

In fede

Sanluri _____

alla domanda dovrà essere allegata OBBLIGATORIAMENTE tutta la documentazione specialistica, il documento d'identità personale e IL VERBALE DI LEGGE 104/92 rilasciato dall'INPS (con accertamento non superiore a 2 anni.

Alla presente istanza dovrà essere allegato un versamento di € 26.00 sul c/c postale n. 21820097 intestato a: ATS - ASSL SANLURI - ENTRATE VARIE e avente come causale "Accertamento CML".