

**COLLEGIO MEDICO LEGALE
ASSL SANLURI**

Oggetto: Richiesta di Visita Medico Collegiale

Il Sottoscritto/a _____ nato/a _____

Prov _____ il _____ e residente in via/piazza _____

Città _____ Mail(obbligatoria) _____ tel: _____

CHIEDE

Di essere sottoposto/a 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

Sanluri _____

In Fede

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

Alla presente istanza dovrà essere allegato un versamento di € 26.00 sul c/c postale n. 01058744648 "entrate varie" intestato a ASL 6 Medio Campidano e avente come causale "Accertamento CML"