 U. O. C. MEDICINA LEGALE, NECROSCOPICA E MANAGEMENT

Dirigente Responsabile: *Dott. Ercole D’Annunzio*

***mail:segreteria.medicinalegale*@*aslteramo.it***

***Pec:*** [***medleg*@pec.*aslteramo.it***](mailto:medleg@pec.aslteramo.it)

|  |
| --- |
| MODULO RICHIESTA PRESTAZIONI |

…..l……….sottoscritto/a……………………………………………………………………………….

Nato/a ………………………………Prov. (…… ) il ………………… residente in…………………..

Prov (…….)Via …………………………………….…N°……domiciliato/a………………………… Prov.(…… )Via……………………………………… N°……c/o…………………………………….

**CHIEDE**

**di essere sottoposto a visita medico-legale per** (barrare la voce che interessa):

IDONEITA’ PATENTE GUIDA

IDONEITA’ PATENTE NAUTICA

IDONEITA’ DETENZIONE ARMI

IDONEITA’ PORTO D’ARMI PER L’ESERCIZIO DELLO SPORT DEL TIRO A VOLO

IDONEITA’ PORTO D’ARMI PER USO DIFESA PERSONALE

IDONEITA’ PORTO FUCILE PER USO DI CACCIA

COLLEGIO PORTO D’ARMI **(\*)**

ESONERO CINTURE DI SICUREZZA

RILASCIO CONTRASSEGNO PARCHEGGIO

IDONEITA’ CESSIONE DEL V° DELLO STIPENDIO

IDONEITA’ ADOZIONE MINORI **(\*)**

IDONEITA’ A VIVERE IN COMUNITA’

**Si allegano l’attestazione dell’avvenuto pagamento dei diritti d’ufficio e la documentazione richiesta.**

Teramo, lì\_\_\_/\_\_\_/ \_\_\_\_\_ FIRMA

……………………………..…..

|  |
| --- |
| (\*) **Effettuabili solo c/o l’U.O.C. di Medicina Legale, Necroscopica e Risk Management**  **Via C. Battisti, 7 Teramo** |

**ORARIO AMBULATORIO MEDICO**

**Dal lunedì al sabato dalle ore 08,30 alle ore 12,30**