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

Dirigente Responsabile: *Dott. Ercole D’Annunzio*

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

***Pec:*** ***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 GUIDA PER CONSEGUIMENTO CAT. [ ] AM [ ] A1 [ ] A2 [ ] A

[ ]  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**