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

Dirigente Responsabile: *Dott. Ercole D’Annunzio*

***mail:segreteria.medicina.legale* @*aslteramo.it***

***Pec:*** ***medleg*@pec.*aslteramo.it***

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

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

Nato/a …………………………………………………………………………..…Prov. (………….)

il……./……./…………residente in…………………………………………………………………..

prov.(……), via/piazza…………………………………………………………………….n°………..

**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**(\*)**

[ ]  IDONEITA’ A FUOCHINO

[ ]  ESONERO CINTURE DI SICUREZZA

[ ]  RILASCIO CONTRASSEGNO PARCHEGGIO

[ ]  IDONEITA’ CESSIONE DEL V° DELLO STIPENDIO

[ ]  IDONEITA’ ADOZIONE MINORI **(\*)**

[ ]  IDONEITA’ PARTECIPAZIONE CONCORSI

[ ]  IDONEITA’ CONDUZIONE DI CALDAIE A VAPORI

[ ]  IDONEITA’ A VIVERE IN COMUNITA’

[ ]  IDONEITA’ AL VOLO

[ ]  IDONEITA’ ABILITAZIONE IMPIEGO GAS TOSSICI

**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**