



MODULO RICHIESTA PRESTAZIONI

.....I.....sottoscritto/a.....
Nato/aProv. (.....) il residente in.....
Prov (.....)ViaN°.....domiciliato/a.....
Prov.(.....)Via..... N°.....c/o.....

CHIEDE

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

- IDONEITA' PATENTE GUIDA PER CONFERMA
- IDONEITA' PATENTE GUIDA PER RILASCIO CAT. AM A1 A2 A B C D
- 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'

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

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

Teramo, li ___/___/____

Firma

PRENOTAZIONE A CURA DELLA SEGRETERIA

APPUNTAMENTO PER IL GIORNO: ___/___/____ ORARIO: _____
c/o Ambulatorio Medico-Legale in Via Cesare Battisti 7 Teramo.

Addetto alla Reception

N.B. per l'utente: In caso di impossibilità, la prenotazione va disdetta per via telefonica al n. 0861/429943 oppure via email a: segreteria.medicinalegale@aslteramo.it.