



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
S.C. DI MEDICINA LEGALE
DIRETTORE F.F.: Dott. Giuseppe Bonomo

Spett.le ASP Ragusa
Al Presidente della C.M.L.
P.zza Caduti di Nassirya, 1 – Ragusa

***Richiesta di visita medica presso il Collegio Medico Unico per il rilascio/rinnovo autorizzazione
esonero dall'obbligo utilizzo sistemi di ritenzione***

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ via _____

tel. _____, essendo stato valutato in data _____ **non idoneo** in sede

di accertamento monocratico ai sensi dell'art.172, c. 3, lettere f e g, D.L.vo n. 285/1992 e s.m.i., dal

Dott. _____

CHIEDE

di essere sottoposto/a a visita medica per il rilascio/rinnovo dell'autorizzazione a esonero obbligo
utilizzo **cintura di sicurezza**,

per il seguente motivo: _____

riservandosi la possibilità di farsi assistere, a proprie spese, da un medico di fiducia.

Allega la seguente documentazione:

- Copia del certificato di diniego (non idoneità);
- Documento di riconoscimento;
- Versamento di € 150,00 causale: visita collegiale medico-legale, utilizzando:
 - c/c p. n. 11685971, intestato a ASP Ragusa;
 - bonifico B.ca BNL – Ragusa, codice IBAN: IT23T0100517000000000218700.

_____ , _____

(firma del ricorrente)