



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 al contrassegno speciale di circolazione e sosta.

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. 4 D.M. del 28/04/1998, dal Dott. _____

CHIEDE

di essere sottoposto/a a visita medica per il rilascio/rinnovo dell'autorizzazione al **contrassegno speciale di circolazione e sosta dei veicoli**

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);
- Altra documentazione sanitaria: _____ ;
- Documento di riconoscimento;

Versamento di € 150,00 causale: visita collegiale medico-legale, utilizzando:

- c/c p. n. 11685971, intestato a ASP n. 7 Ragusa;
- bonifico B.ca BNL – Ragusa, codice IBAN: IT23T0100517000000000218700.

_____ , _____

(firma del ricorrente)