

INDIRIZZO DEL RICHIEDENTE:

Cognome.....Nome.....  
Via.....  
CAP ..... Città .....  
Recapito telefonico.....  
e-mail:.....  
fax:.....

Da inviare con Raccomandata A/R a:

RFI S.p.A.  
UNITA' SANITARIA TERRITORIALE  
Via Giuseppe Ferrari, 10  
20154 Milano

Il sottoscritto .....  
nato a ..... il ..... titolare patente di  
guida categoria ..... rilasciata da ..... il .....  
già sottoposto a visita presso la Commissione Medica Locale ASST .....  
in data ..... e da questa giudicato .....

**Chiede**

Ai sensi del comma 5, art. 23, Legge 120 del 29/07/2010, di essere sottoposto a visita  
medica finalizzata ad una diversa valutazione rispetto a quella espressa dalla CML ASST di  
..... in data ..... che il sottoscritto non  
condivide per i seguenti motivi:

---

---

---

---

---

---

---

---

Si allega il certificato medico della CML ASST

di ..... del .....

Ulteriore documentazione:

---

---

---

Data .....

Firma

.....

**Per informazioni:**

telefonare dal Lunedì al Venerdì dalle ore 10.00 alle ore 12.00 al numero 0263716253  
Oppure inviare un fax al numero 0263716385 o una mail all'indirizzo [ustmilano@rfi.it](mailto:ustmilano@rfi.it)