RICORSO avverso il giudizio di diniego di certificazione medicolegale

(domanda da presentare entro 30 gg. dalla comunicazione del giudizio **di diniego**)

Tit. 02.08.02

Spett.le ASST Valtellina e Alto Lario
UOC Medicina Legale
Collegio Medico Unico
Via Stelvio, 32/B – 23100 Sondrio

Il/la sottoscritto/a .....

Nato/a a ..... (Prov. .....) il .....

Residente in ..... (Prov. .....) C.A.P. .....

Indirizzo ..... N° .....

Tel. ..... e.mail .....

Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Premesso che in data .....,in sede di accertamento sanitario monocratico, il medico certificatore **Dr.** ..... ha espresso giudizio di **diniego** al :

❒ rilascio/rinnovo dell'autorizzazione al porto di armi **per uso**: O **caccia** - O **difesa personale** - O l'esercizio **dello sport del tiro a volo** O **detenzione armi**, ai sensi dell'art. 4 del D.M. 28/04/1998,

❒ rilascio/rinnovo del **"contrassegno di parcheggio per disabili"** di cui all'articolo n. 381 del DPR n. 495/1992 - modificato dal DPR 151/2012,

❒ rilascio del certificato medicolegale attestante **"l'esenzione dall'obbligo di indossare le cinture di sicurezza"** come previsto dall'articolo n. 172 del D.Lgs. 285/92, dal D.lgs. 150/2006 e Direttiva 2003/20/CE,

❒ di riconoscimento della **"grave patologia"** al fine di ottenere l'esclusione dal computo dei giorni di assenza determinata da malattia per patologia grave, prevista dall' art. _____ di cui al C.C.N.L. stipulato in data _____ del personale _____,

❒ rilascio del certificato medicolegale per : _____,

Ciò premesso,

PRESENTA RICORSO

avverso il suddetto giudizio e chiede di essere sottoposto ad accertamento collegiale di 2^ istanza, riservandosi la possibilità di farsi assistere dal proprio medico di fiducia, per il **seguente motivo:**

_____

_____

Autorizza inoltre, l'utilizzo dei dati personali forniti, consentendone anche il trattamento di quelli sensibili di cui all'art. 4, comma 1, lettera d), del D.lgs. n. 196/2003, per le finalità e con le modalità indicate nell'informativa all'utenza di cui ha preso visione, **limitatamente alla prestazione richiesta.**

Allega:

- ☑ Copia del Documento di identità in corso di validità
- ☑ Copia del Certificato "**di diniego**"
- ☑ Copia del Certificato "anamnestico", rilasciato dal medico MG, (Solo per Ricorso Armi)
- ☑ Ricevuta del versamento di **€ 148,00** (+ marca bollo € 2,00) Causale **"Ricorso al Collegio Unico"**
- ☐ Ulteriore documentazione sanitaria necessaria per la valutazione:

.....

Data: .....

Firma del **Ricorrente**

.....