



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 Nassrya, 1 – Ragusa

Richiesta di visita medica presso il Collegio Medico Unico per il rilascio/rinnovo autorizzazione al porto d'arma per uso caccia/sport tiro a volo/difesa personale e detenzione arma.

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 a:

- porto fucile per **uso caccia**
- porto d'arma per l'esercizio dello **sport del tiro a volo**
- porto d'arma per uso **difesa personale**
- detenzione armi**

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 + € 2,00 (imposta di bollo) 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)