

Al Collegio Medico Legale
ASL ROMA 3
UOC Medicina Legale
Via di Casal Bernocchi, 73
00125 Roma

Il/la sottoscritto/a _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ cap _____

In via _____ cell _____ mail/pec _____

essendo stato espresso giudizio SFAVOREVOLE in sede di accertamento sanitario monocratico per il rilascio/rinnovo del contrassegno speciale di circolazione e sosta dei veicoli a soggetti con capacità sensibilmente ridotta, in data _____ dal Dr. _____ della ASL ROMA 3

CHIEDE

Di essere sottoposto a visita medico collegiale di riesame per i seguenti motivi:

Allega la seguente documentazione:

- Copia del documento d'identità del richiedente in corso di validità
- Copia del certificato di non sussistenza dei requisiti rilasciato in sede di giudizio monocratico
- Copia di eventuale altra documentazione sanitaria in possesso
- Attestazione di pagamento dei diritti sanitari di €. 53,20 da versare presso il CUP aziendale

_____ data _____ firma del richiedente _____

Modalità inoltro richiesta di riesame

- Entro 60 gg dalla data di rilascio del certificato da presentare tramite PEC medicina.legale@pec.aslroma3.it ovvero direttamente presso la UOC di medicina legale via Casal Bernocchi, 73 nella giornata di giovedì con orario 09.00 – 12.00