

Spett.
RFI SpA
D.P.O. Direzione Sanità
Unità Sanitaria Territoriale di ANCONA
Via Marconi, 46
60125 Ancona
Tel. 071.5924800 - 071.5924810
(dalle 10.00 alle 12.00 dal lunedì al venerdì)
Fax 071.5924820

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____ candidato/titolare della patente di guida Cat. _____ rilasciata da
_____ il _____, già sottoposto a visita presso la
Commissione Medica Locale ASL _____ 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 suddetta Commissione Medica Locale che il sottoscritto non condivide per i seguenti motivi:

Si allega la copia del certificato medico rilasciato dalla Commissione Medica Locale ASL di

_____.

Data _____

Firma

Indirizzo dove inviare la lettera raccomandata A/R di invito alla visita:

VIA _____

CAP _____ CITTA' _____

RECAPITO TELEFONICO _____