

RICORSO DI PRIMO LIVELLO NELLE MODALITA' DI SEGUITO RIPORTATE

Il/la sottoscritto/a _____,
nato/a a _____, il ____/____/____, residente in Roma,
via/p.za/l.go _____, n. _____, CAP 001____,
C.F. _____, tel. _____,
e-mail _____@_____.____; avendo ricevuto in data
____/____/____, comunicazione di giudizio sfavorevole espresso in sede di
accertamento sanitario monocratico per il rilascio/rinnovo del contrassegno speciale di
circolazione e sosta dei veicoli a soggetti con capacità deambulatoria sensibilmente ridotta,
espresso dalla struttura UOS di Medicina Legale sita in Roma in via _____

CHIEDE IL RIESAME DELL'ISTANZA.

A tale scopo allega la seguente documentazione:

- Originale del certificato rilasciato UOS di Medicina Legale dell'ASL di competenza;
- Fotocopia fronteretro del documento di identità in corso di validità;
- Attestazione di pagamento di Euro 72,00 effettuato presso uno sportello CUP del presidio ASLROMA2.

La presente domanda deve essere inoltrata (inviata/spedita) all'**Ufficio Protocollo ASL ROMA2** via Maria Brighenti n. 23 – Edificio B – 00159 ROMA con la seguente intestazione: **“Collegio Medico Legale di Seconda Istanza presso la UOC di Medicina Legale, Assistenza Protesica e Comitato Valutazione Sinistri ASL ROMA2 – viale Bruno Rizzieri n. 226”**.

La convocazione a visita sarà effettuata tramite raccomandata o a mezzo comunicazione telematica (e-mail).

Data ____/____/20____

Firma _____