



DIPARTIMENTO DI SANITA' PUBBLICA

Sede di _____

VISITA MEDICO-LEGALE

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

residente a _____

Via _____ TEL. _____

CHIEDE

di essere sottoposto a VISITA MEDICO-LEGALE con rilascio di relativa certificazione per:

- idoneità alla guida (patente guida, patente nautica e idoneità al volo)
- idoneità all'uso ed alla detenzione armi da fuoco
- idoneità all'adozione
- idoneità alla conduzione di caldaia a vapore
- idoneità all'uso di gas tossici
- idoneità psicofisica
- idoneità al lavoro per apprendisti e minori
- esonero cinture di sicurezza
- altro (specificare) _____

Piacenza, _____

In fede

Specificare se il pagamento della prestazione è a carico:

- 1) **DELL'INTERESSATO** *
- 2) **DELL'ENTE/DITTA**