



**RICORSO avverso il giudizio di diniego di certificazione medico-legale**

Tit. 02.08.02

(domanda da presentare entro 30 gg. dalla comunicazione del giudizio di diniego)

**Al Collegio Medico Unico  
ASST di Pavia  
S.C. Medicina Legale  
Viale Indipendenza, 3 - 27100 Pavia**

Il/la sottoscritto/a.....

Nato/a a ..... (Prov. ....) il.....

Residente in..... (Prov. ....) C.A.P. ....

Indirizzo..... N° .....

Tel. .... e-mail .....

Codice fiscale.....

Premesso che in data....., in sede di accertamento sanitario monocratico, il medico certificatore

Dr..... ha espresso giudizio di diniego al:

- rilascio/rinnovo dell'autorizzazione al porto di armi per uso: O caccia - O difesa personale - O esercizio dello sport del tiro a volo - O detenzione armi ai sensi dell'art. 4 del D.M. 28/04/1998;
- rilascio/rinnovo del "contrassegno di parcheggio per disabili" di cui all'articolo n. 381 del DPR n. 495/1992 - modificato dal DPR 151/2012;
- rilascio del certificato medicolegale attestante "l'esenzione dall'obbligo di indossare le cinture di sicurezza" come previsto dall'articolo n. 172 del D.Lgs. 285/92, dal D.Lgs. 150/2006 e Direttiva 2003/20/CE;
- diriconoscimento della "grave patologia" al fine di ottenere l'esclusione dal computo dei giorni di assenza determinata da malattia per patologia grave, prevista dall'art. .... di cui al C.C.N.L. stipulato in data..... del personale.....

Ciò premesso,

**PRESENTA RICORSO**

avverso il suddetto giudizio e chiede di essere sottoposto ad accertamento collegiale di 2<sup>a</sup> istanza riservandosi la possibilità di farsi assistere dal proprio medico di fiducia, per il seguente motivo: .....



Autorizza, inoltre, l'utilizzo dei dati personali forniti, consentendone anche il trattamento di quelli sensibili di cui all'art. 4, comma 1, lettera d), del D.lgs. n. 196/2003, per le finalità e con le modalità indicate nell'informativa all'utenza di cui ha preso visione, limitatamente alla prestazione richiesta.

Allega:

1. Copia del documento di identità in corso di validità;
2. Copia del certificato "di diniego" rilasciata in sede di accertamento monocratico;
3. Certificato anamnestico rilasciato dal Medico Curante di cui all'art. 25 della Legge 23/12/78 n. 833, di data non anteriore a 3 mesi (solo per ricorso porto d'armi);
4. Copia di ulteriore documentazione sanitaria in possesso, necessaria per la valutazione;
5. Attestazione del pagamento dei diritti sanitari di € 148,00. versato tramite bonifico bancario sul c/c della Banca Intesa San Paolo S.P.A. (IBAN: IT11V0306911336100000300051) intestato a Azienda Socio Sanitaria Territoriale ASST PAVIA - Causale: Ricorso al Collegio Medico Unico.

Data.....

Firma del ricorrente.....