

FAC SIMILE

Spett.
RFI SpA
Direzione Sanità
Unità Sanitaria Territoriale
di _____

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____
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 CML ASL di _____ in data _____ che il sottoscritto non condivide per i seguenti motivi:

Si allega la copia del certificato medico rilasciato dalla CML ASL di _____

Data _____

Firma

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

VIA _____
CAP _____ CITTA' _____
RECAPITO TELEFONICO _____
Mail _____