

**MODULO DI RICHIESTA PER VISITA MEDICA
DI TUTELA AVVERSO IL GIUDIZIO DELLA C.M.L.**

RFI S.p.A. D.O.P. Direzione Sanita'
Unita' Sanitaria Territoriale di Torino
Via Sacchi 27 bis 10125 Torino
Telefono 0116653076 0116653380
Fax 0116654199

Il sottoscritto _____ nato a _____ il ___/___/___

A) titolare della patente di guida categoria _____ rilasciata da _____ il ___/___/___

B) candidato alla patente di guida categoria _____ ,

sottoposto a visita presso la Commissione Medica Locale ASL _____ in data ___/___/___ e da
questa giudicato _____

Chiede

ai sensi del comma 5 art. 23 L. 120 29/7/2010, 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 copia del certificato della CML ASL di _____ emesso il ___/___/___

Si allega copia di un documento di identità in corso di validità.

Ulteriore documentazione allegata:

FIRMA (per esteso e leggibile)

DATA ___/___/___

Indirizzo del richiedente

Via _____ CAP _____ Città _____

Tel.Fisso _____ Cellulare _____

Inviare per raccomandata a Unità Sanitaria Territoriale Torino via Sacchi 27 bis 10125 Torino