



ASIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Sede legale: Via G. Cusmano, 24
90141 PALERMO

C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

Dipartimento Cure Primarie

UOC MEDICINA LEGALE E FISCALE

Alla UOC Medicina Legale e Fiscale
Ambulatorio Medicina Legale
Distretto Sanitario

medicinalegale.pec@asppa.it

(riceve sia da indirizzi pec che da mail ordinarie)

OGGETTO: RICHIESTA VISITA MEDICO LEGALE - CERTIFICAZIONI MONOCRATICHE

(SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO)

Il/La sottoscritto/a																	
Nome:	Cognome																
nato/a a _____ (prov.) _____ il ____/____/____																	
domicilio/residenza a _____ (prov.) _____																	
in via _____ n. _____																	
codice fiscale																	
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																	
Documento di riconoscimento _____ n. _____																	
rilasciato da _____ in data ____/____/____																	
scadenza ____/____/____																	
recapito telefonico n _____																	
mail/pec _____																	

CHIEDE

DI ESSERE SOTTOPOSTO A VISITA MEDICO LEGALE PER IL SEGUENTE CERTIFICATO MEDICO:

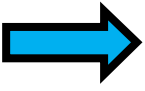
☐	INTERDIZIONE DAL LAVORO PER GRAVIDANZA A RISCHIO D. Lgs 26 marzo 2001, n. 151 art. 17 e ss.mm.ii.
☐	IDONEITÀ PSICOFISICA PATENTE GRUPPO 1 (AM, A, B, BE) D. Lgs n. 285/1992 n. 285 - D.P.R. n. 495/92 e ss.mm.ii.
☐	IDONEITÀ PSICOFISICA PATENTE GRUPPO 2 (C, D, E, K) D. Lgs n. 285/1992 n. 285 - D.P.R. n. 495/92 e ss.mm.ii.
☐	IDONEITÀ PSICOFISICA PATENTE NAUTICA D.M. n. 133/2024 e ss.mm.ii.
	TEMPI DI REAZIONE SEMPLICI E COMPLESSI D. Lgs n. 285/1992 n. 285 - D.P.R. n. 495/92 e ss.mm.ii.
☐	IDONEITÀ PSICOFISICA PORTO D'ARMI (USO CACCIA, SPORT DEL TIRO A VOLO E DIFESA PERSONALE) L. 323/1969; L. 157/1992; D.M. 28.04.1998e ss.mm.ii.
☐	IDONEITÀ PSICOFISICA PER DETENZIONE DI ARMI DM 28.04.1998, D.L. n.204 del 26.10.2010; D.L. n. 104 del 10.08.2018 e ss.mm.ii.
☐	RILASCIO/RINNOVO DEL CONTRASSEGNO DI PARCHEGGIO PER PERSONE CON DISABILITÀ D.P.R. 16 dicembre 1992 n.495 art. 381 e ss.mm.ii. D.P.R. 30 luglio 2012, n. 151 e ss.mm.ii. D.P.R. 503/1996 art. 12 comma 3 e ss.mm.ii. (NON VEDENTI)
☐	ESONERO DALL'OBLIGO DELLE CINTURE DI SICUREZZA D. Lgs n. 285/1992 art 172 e ss.mm.ii.
	IDONEITÀ PSICOFISICA ALL'AFFIDAMENTO/ADOZIONE DI MINORI L. 184/1983 art.22, comma 4 e ss.mm.ii.
☐	ALTRO: (specificare la tipologia di certificazione medico legale richiesta)

ATTENZIONE !!!

- ✓ SE LA DOMANDA NON È COMPILATA IN OGNI SUA PARTE, FIRMATA E CON IL DOCUMENTO DI IDENTITÀ ALLEGATO, NON POTRÀ ESSERE ACCETTATA.
- ✓ TRASMETTERE SOLO IN FORMATO PDF

Consapevole della responsabilità penale che si assume in caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi (art. 76 DPR n. 445/2000), a tale scopo dichiara:

- di impegnarsi a produrre, il giorno della visita presso l'ambulatorio Medico Legale, la documentazione sanitaria, le visite specialistiche e la documentazione amministrativa, in originale e in copia, come indicato nell'informativa relativa al certificato richiesto
- di non omettere, alterare o attestare falsamente alcuna informazione sul proprio stato di salute psico-fisico ai fini dell'accertamento medico legale
- di avere preso visione delle informative relative al certificato medico legale richiesto, pubblicata sul sito internet dell'ASP Palermo al seguente link:
https://www.asppalermo.org/amministrazione/unita_organizzativa/uoc-medicina-legale-e-fiscale/
- di acconsentire ad essere sottoposto a visita medico legale

 ☐ **ACCONSENTE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, AI SENSI DEL D. LGS N. 196/2003 E REGOLAMENTO GDPR 2016/679 DI CUI ALL'INFORMATIVA AL SEGUENTE LINK: [HTTPS://WWW.ASPPALERMO.ORG/ARCHIVIO/REGOLAMENTI/PRIVACY/2022/ASP-PA_INFORMATIVA%20GENERALE%20ASP%20PALERMO.PDF](https://www.asppalermo.org/ARCHIVIO/REGOLAMENTI/PRIVACY/2022/ASP-PA_INFORMATIVA%20GENERALE%20ASP%20PALERMO.PDF)**

ALLEGA

- ✓ COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ DELL'INTERESSATO
- ✓ IN CASO DI DELEGA, ANCHE COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL SOGGETTO DELEGATO;
- ✓ COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL GENITORE/AFFIDATARIO PER I SOGGETTI DI MINORE ETÀ, AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/TUTORE LEGALE.

Da compilare SOLO in caso di conseguimento/rinnovo della patente:	
Patente n. _____	
Rilasciata da _____	Data rilascio: ____/____/____
Data scadenza: ____/____/____	
Luogo _____ data ____/____/____	



Firma dell'interessato/delegato

DELEGA

(spazio riservato per i soggetti di minore età al genitore/affidatario e all'amministratore di sostegno/tutore legale)

Dati anagrafici del soggetto da delegare oppure:

☐ genitore/affidatario del minore ☐ amministratore di sostegno ☐ tutore legale

Nome: _____	Cognome _____
-------------	---------------

nato/a a _____ (prov.) _____ il ____/____/____

domicilio/residenza a _____ (prov.) _____

via _____ n. _____

Documento di riconoscimento _____ n. _____

rilasciato da _____ in data ____/____/____

scadenza ____/____/____



Firma dell'interessato

ATTENZIONE !!!

- ✓ SE LA DOMANDA NON È COMPILATA IN OGNI SUA PARTE, FIRMATA E CON IL DOCUMENTO DI IDENTITÀ ALLEGATO, NON POTRÀ ESSERE ACCETTATA.
- ✓ TRASMETTERE SOLO IN FORMATO PDF