

Al Presidente del Collegio Medico
dell'ASL di Imola
Dipartimento di Sanità Pubblica
Viale Amendola 8
40026 - Imola

Oggetto: ricorso per il rilascio dell'idoneità al porto d'armi
richiesta d'accertamento medico collegiale

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____

Codice fiscale _____

Residente a _____ in via _____

Recapito telefonico : _____ cell. _____

Chiede

di essere sottoposto alla visita della Commissione Medico Collegiale al fine di ottenere l'idoneità al

Possesso del porto d'armi uso _____

In fede

Data _____