

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>MODULO</b>	PORTO ARMI - Ricorso inidoneità (MLEG.MO.4303.00).doc pag 1/1
---	---------------	--

### **Collegio Medico Unico (C.M.U.)**

*per il rilascio/rinnovo autorizzazione al porto d'armi per uso caccia – sport – tiro a volo – difesa personale*

*Decreto del Ministero della Sanità del 28 aprile 1998, all'art. 4*

*Tel. (segr.) 0161- 593.005 (Sede di Vercelli)    0163 - 426.726 / 426.250 (Sede di Borgosesia)*

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

essendo stato valutato **non idoneo** in sede di accertamento monocratico ai sensi dell'art. 4 D.M. del 28/04/1998, dal

Dr. \_\_\_\_\_

#### **CHIEDE**

di essere sottoposto/a a visita medica ai fini del rilascio/rinnovo del certificato medico per:

- Porto d'armi per uso caccia
- Porto d'armi per l'esercizio dello sport del tiro a volo
- Porto d'armi per uso difesa personale
- Detenzione armi

per il seguente motivo: \_\_\_\_\_

riservandosi la possibilità di farsi assistere, a proprie spese, da un medico di fiducia.

Allega la seguente documentazione:

- Copia del certificato di diniego (non idoneità);
- Documento di riconoscimento;
- Versamento di Euro 108.00 quali diritti previsti per l'ASL VC. Il pagamento viene effettuato con sistema PAGOPA;

Lì, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma del ricorrente)

Stesura:	Verifica:	Autorizzazione:	Emissione:
<i>D.Zecchin – Assistente Amm.vo - SSD Medicina Legale – Febbraio 2025</i>	<i>G.Cotestino – Direttore - SSD Medicina Legale – Febbraio 2025</i>	<i>G.Cotestino – Direttore - SSD Medicina Legale – Febbraio 2025</i>	<i>G.Cotestino – Direttore - SSD Medicina Legale – Febbraio 2025</i>
<b>QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.</b>			