



A.S.L. TO5

S.C. MEDICINA LEGALE
P.za Silvio Pellico,1 - 10023 Chieri TO
Tel: 011.94293924 - 3906 -3677 -3676
e-mail: ml.151@aslto5.piemonte.it
pec: protocollo@cert.aslto5.piemonte.it
direttore dott. Antonio Milanese

*Azienda Sanitaria Locale
di Chieri, Carmagnola, Moncalieri e Nichelino*

Sede Legale – Piazza Silvio Pellico, 1 – 10023 Chieri (To) – tel. 011 94291 – C.F. e P.I. 06827170017

ISTANZA PER L'ACCERTAMENTO DEI REQUISITI PSICOFISICI DEL PORTO D'ARMI - COLLEGIO MEDICO -

Il sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____
stato di nascita _____ nazionalità _____
codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____ CAP _____
via _____ n. _____
telefono (fisso) _____ (mobile) _____
e-mail _____
doc. di identità _____ n. _____ rilasciato il _____

CHIEDE

ai sensi dell'art. 4 del Decreto 28.04.1998 del Ministero della Sanità di essere sottoposto a visita medica Collegiale al fine di ottenere il certificato di IDONEITA' PSICO- FISICA per il

RILASCIO

RINNOVO

DIFESA PERSONALE

PORTO D'ARMI AD USO CACCIA E AD USO SPORTIVO (TIRO A VOLO)

NULLA OSTA PER DETENZIONE ARMI

e di ricevere le comunicazioni inerenti alla presente istanza ai seguenti contatti:

posta elettronica ordinaria: _____

posta elettronica certificata (PEC): _____

data _____ firma (per esteso) _____

Dichiaro di aver letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679, consultabile nella sezione Privacy del sito web istituzionale e affissa nei locali aziendali.

Dichiara, inoltre, di manlevare e manleva sin d' ora l'ASLTO5 - SC Medicina Legale, da responsabilità ovvero disguidi / violazioni della privacy, operate da terzi, sui dati inoltrati, nonché da eventuali danni inerenti / derivanti dalla modalità di inoltro alla casella e-mail non certificata

data _____ firma (per esteso) _____