

INDIRIZZO DEL RICHIEDENTE:

Cognome Nome

Via

CAP Città(.....)

Recapito telefonico

Da inviare con Raccomandata A/R a:

RFI S.p.A.

UNITA' SANITARIA TERRITORIALE

Via Giuseppe Ferrari, 10

20154 Milano

Il sottoscritto
nato a il titolare patente di
guida categoria rilasciata da il
già sottoposto a visita presso la Commissione Medica Locale ASL
in data e da questa giudicato

Chiede

Ai sensi del comma 5, art. 23, Legge 120 del 29/07/2010, 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 il certificato medico della CML ASL

di del

Ulteriore documentazione:

Data

Firma

Per informazioni:

telefonare dal Lunedì al Venerdì dalle ore 10.00 alle ore 12.00 al numero 0263716253

Oppure inviare un fax al numero 0263716385 o una mail all'indirizzo: i.russospena@rfi.it