



REGIONE SICILIANA  
**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - RAGUSA**  
**S.C. MEDICINA LEGALE**  
DIRETTORE F.F.: DOTT. GIUSEPPE BONOMO

**Certificazione medico legale:** modulo per la presentazione della domanda

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ nazionalità \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
cod. fiscale \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere sottoposta/o a visita medica, ai fini del rilascio del certificato medico per il:

CONSEGUIMENTO/DUPL. }  
 RINNOVO } PATENTE DI GUIDA CAT.: AM  A  B  C  D  E  K

PORTO D'ARMI

TEMPI DI REAZIONE (per CML)

DETENZIONE ARMA

RIC. GRAVE PATOLOGIA

PARCH. RISERVATO

VOTO ASSISTITO E/O DOMICILIARE

ESONERO CINTURA DI SICUREZZA

Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**Da compilare in caso di rinnovo della patente:**

Patente n. \_\_\_\_\_ Rilasciata da \_\_\_\_\_

Data rilascio: \_\_\_\_\_ Data scadenza \_\_\_\_\_  
gg/mm/aaaa gg/mm/aaaa

**Da compilare in caso di richiesta altre certificazioni:**

Tipo documento  C. Identità  Passaporto  Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Numero documento \_\_\_\_\_ Rilasciato da \_\_\_\_\_

Data rilascio \_\_\_\_\_ Data scadenza \_\_\_\_\_

Altre eventuali comunicazioni : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_