

AL
COLLEGIO MEDICO
PER IL
RINNOVO/RILASCIO PORTO D'ARMI
ASL ORISTANO

I sottoscritto _____

nato a _____ il _____

residente a _____ Via _____

telefono _____

CHIEDE

di essere sottoposto a visita medico collegiale per il rilascio del porto d'armi da fuoco per

USO _____

al fine di verificare il possesso dei requisiti psico-fisici di legge:

si allega:

- certificato anamnestico del medico curante
- certificazione specialistica rilasciata da struttura pubblica
- ricevuta versamento di € 26,00 CCN 1058801281 "ASL 5 di Oristano Rilascio /Rinnovo "Porto d'armi"
- 2 Fototessera

Oristano _____

IL RICHIEDENTE
