

Il/la sottoscritto/a
nato/a. a prov il
residente a in Via n°
C.A.P. domiciliato/a ⁽¹⁾ a prov in Via
..... n° Tel. cell.
e-mail pec

RICORRE

contro il giudizio di non idoneità per

- ⁽²⁾ porto d'armi per uso
 ⁽²⁾ detenzione d'armi

espresso dal medico monocratico e chiede di essere sottoposto/a a visita medica, ai sensi dell'art. 4 del Decreto del Ministro della Sanità del 28.4.1998.

DICHIARA sotto la propria responsabilità di

- ⁽²⁾ **NON ESSERE** invalido/a nè titolare di riconoscimento di malattia professionale o di riconoscimento ai sensi della legge n° 104/92
- ⁽²⁾ **ESSERE**
- ⁽²⁾ invalido/a civile al %
- ⁽²⁾ invalido/a di guerra categoria
- ⁽²⁾ invalido/a per cause di servizio categoria
- ⁽²⁾ invalido/a per infortunio sul lavoro al %
- ⁽²⁾ titolare di riconoscimento di malattia professionale
- ⁽²⁾ titolare di riconoscimento ai sensi della legge n° 104/92

Dichiaro di essere a conoscenza che la convocazione a visita potrà avvenire per posta, e-mail, pec.

Dichiaro di aver preso visione delle informazioni di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 I dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. L'interessato potrà accedere ai dati chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendone gli estremi, la cancellazione o il blocco.

Data

Firma per esteso

Allega:

- fotocopia del certificato rilasciato dal medico monocratico;
- fotocopia documento d'identità in corso di validità;
- fotocopia del verbale di invalidità con diagnosi, in corso di validità.

⁽¹⁾ indicare nel caso di domicilio diverso dalla residenza

⁽²⁾ barrare la casella che interessa