

## 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 o mobile) \_\_\_\_\_ e-mail (facoltativa) \_\_\_\_\_  
documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
da \_\_\_\_\_.

### 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) \_\_\_\_\_

**Informazioni ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679 e del D. Lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii.**

Dichiara in ultimo di aver ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del Reg. UE 2016/679 e di essere informato/a che il conferimento dei dati personali è obbligatorio in base alla legge, regolamento, normativa nazionale o comunitaria che disciplina la prestazione e gli adempimenti connessi ed è indispensabile per l'istruzione, la gestione e la definizione della pratica o del procedimento da lei richiesto. Potrà reperire ulteriori informazioni sul trattamento dei dati sul sito istituzionale dell'ASL CN1.

data \_\_\_\_\_ firma (per esteso) \_\_\_\_\_

## **INFORMAZIONI**

### **A COSA SERVE IL MODULO**

*L'istanza è necessaria per la prenotazione della visita medica collegiale.*

### **CHI DEVE COMPILARE IL MODULO**

*A seguito del giudizio di non idoneità del medico certificatore l'interessato può, nel termine di trenta giorni, proporre ricorso al Collegio Medico.*

### **MODALITÀ DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL**

*La richiesta debitamente compilata e firmata potrà essere:*

- *presentata allo sportello della sede Centrale di S.C. Medicina Legale di Cuneo – C.so Francia 10 dalle ore 8,00 alle ore 17,00 dal lunedì al venerdì – tel. 0171 – 078680*
- *spedita per posta, da PEC o da casella di posta elettronica ordinaria all'indirizzo: [medicina.legale@aslcn1.it](mailto:medicina.legale@aslcn1.it)*

### **Avvertenze**

*Alla richiesta deve essere allegata fotocopia di documento di identità in corso di validità del richiedente.  
Si ricorda che l'utilizzo di casella di posta elettronica ordinaria non garantisce la riservatezza dei dati durante la trasmissione.*

### **MODALITÀ DI RISPOSTA E TERMINI DI RISPOSTA**

*Entro 45 giorni dall'acquisizione della documentazione sanitaria necessaria.*

*Procedimento amministrativo pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito [www.aslcn1.it](http://www.aslcn1.it)*

*A visita effettuata il certificato è consegnato direttamente alla persona richiedente*