

AZIENDA ULSS 9 SCALIGERA
U.O.C. MEDICINA LEGALE
COMMISSIONE MEDICA
ACCERTAMENTO IDONEITA' AL PORTO D'ARMI
SEDE DI _____
VIA _____
37 _____

**RICORSO AVVERSO IL GIUDIZIO DI NON IDONEITA' AL PORTO D'ARMI
(ai sensi dell'art. 4 DM 28.04.1998)**

Il/la sottoscritto/ _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____
in via/piazza _____ n. _____ CAP _____
Tel/cell. _____

RICORRE

al Collegio Medico previsto ai sensi dell'art. 4 del DM 28.04.1998.

Allega il certificato con il quale è stato espresso giudizio negativo per il rilascio/rinnovo della licenza di:

- Porto di fucile per uso caccia ed esercizio dello sport del tiro a volo (art. 1 del DM)
- Porto d'armi per uso difesa personale (art. 2 del DM)

DICHIARAZIONE AI SENSI DELLA LEGGE SULLA PRIVACY

Ai sensi del D.Lgs.30/06/2003 n. 196, sono stato informato del fatto che i dati personali e quelli riguardanti le mie condizioni di salute, emersi a seguito della presente visita, tutelati dal segreto d'ufficio, saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge. Saranno trasmessi ai competenti uffici pubblici, a loro volta vincolati dall'obbligo del segreto d'ufficio, per gli adempimenti di competenza previsti dalla legge.

Il sottoscritto autorizza l'inserimento dei dati personali e di quelli riguardanti le proprie condizioni di salute, emersi nel corso della presente visita, in una cartella clinica medico-legale, che potrà essere esaminata dal personale autorizzato, vincolato dall'obbligo del segreto d'ufficio, a seguito di qualsiasi richiesta di benefici presentata a strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

Data _____ Firma del dichiarante _____

Inoltre, autorizza il personale della UOC Medicina Legale, se lo riterrà necessario, ad esaminare ed estrarre copia della documentazione sanitaria che lo riguarda, conservata presso strutture pubbliche.

Data _____ Firma del dichiarante _____

Sono a conoscenza che il Collegio Medico ha la facoltà di chiedere visite specialistiche, prestazioni di laboratorio e strumentali, a totale carico del ricorrente; allego in copia:

- certificato di non idoneità
- fotocopia di documento d'identità

Sono a conoscenza che la visita medico collegiale è a carico totale del/della sottoscritto/a (€ 100)

Data _____

Firma _____