

**Azienda Socio Sanitaria Ligure 5
La Spezia
S.S.D. MEDICINA LEGALE
19122 La Spezia – Via Fiume 137
Tel . 0187 534517 0187/534519
email : medicina.legale@asl5.liguria.it**

Domanda di ricorso per il rilascio del CUDE ai sensi della D.G.R. n°1030/2013 e successive modificazioni.

**Al Collegio Medico Legale dell'ASL Ligure 5
Via Fiume 137
19122 La Spezia**

Il/la sottoscritto/a

nato/a a, il

residente a (.....) CAP

via.....tel..... mail.....

causa mancato riconoscimento a seguito di visita medica effettuata

presso.....in data.....

presenta istanza di riesame avverso tale giudizio ai sensi dell'art. 7 Allegato A

D.G.R. n°442/2017 e chiede pertanto di essere sottoposto/a a visita presso

codesto Collegio Medico.

Allega:

**-Certificazione recante giudizio di non idoneità rilasciata in
data.....dal.....**

- Certificato anamnestico redatto dal medico curante.

- 1 (una) marca da bollo da € 16.

**- attestato di versamento di € 200, 00 sul c.c. postale n 11367190 intestato a ASL Ligure 5,
causale: visita medico collegiale**

Data

FIRMA

