

Spett.  
RFI SpA  
D.P.O. Direzione Sanità  
Unità Sanitaria Territoriale di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
candidato/titolare della patente di guida Cat. \_\_\_\_\_ rilasciata da  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, già sottoposto a visita  
presso la Commissione Medica Locale ASL \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_ e da questa giudicato  
\_\_\_\_\_

#### CHIEDE

ai sensi del comma 5, art. 23, Legge 120 del 29/07/2010, di essere sottoposto a visita medica finalizzata ad una diversa valutazione rispetto a quella espressa dalla suddetta Commissione Medica Locale che il sottoscritto non condivide per i seguenti motivi:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si allega la copia del certificato medico rilasciato dalla Commissione Medica Locale ASL di \_\_\_\_\_.

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

*Indirizzo dove inviare la lettera raccomandata A/R di invito alla visita:*

VIA \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_  
RECAPITO TELEFONICO \_\_\_\_\_