

FAC SIMILE

Spett.le
R.F.I. S.p.A.
Direzione Sanità
Unità Sanitaria Territoriale/
Presidio di _____

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____
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 _____,
informato del fatto che la nuova certificazione medica eventualmente più favorevole rilasciata da RFI
deve essere presentata all'Ufficio motorizzazione civile **entro il termine massimo di 120 giorni** (fatto
salvo quanto previsto dalla Circolare MIT Prot. 71348 del 06/09/2010) **dal ritiro del certificato
medico** non condiviso della Commissione medica locale e che, in alternativa alla visita medica presso
un'Unità Sanitaria Territoriale di RFI, può presentare un ricorso giurisdizionale al TAR (Tribunale
Amministrativo Regionale) **entro 60 giorni** oppure un ricorso straordinario al Presidente della
Repubblica **entro 120 giorni**,

CHIEDE

ai sensi dell'art. 119 comma 5 del D.lgs. n. 285/1992 s.m.i., di essere sottoposto a visita medica
finalizzata ad una diversa valutazione rispetto a quella espressa dalla CML ASL di
_____ in data _____ che il sottoscritto non condivide per i
seguenti motivi:

Si allega la copia della documentazione rilasciata dalla CML ASL di _____
oggetto di istanza completa di dati sanitari.

Data _____

Firma

Dati di contatto:

VIA _____
CAP _____ CITTÀ' _____
RECAPITO TELEFONICO (Rete fissa /
cellulare) _____
MAIL _____
PEC _____