

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE  
**Struttura Complessa MEDICINA LEGALE**  
DIRETTORE: DOTT.SSA TIBERIA BOCCARDO

**RICORSO PER RICONOSCIMENTO IDONEITA' PORTO D'ARMI**

Genova,  
PROT. N°

AL PRESIDENTE DEL  
COLLEGIO MEDICO DI II ISTANZA  
ASL3 GENOVESE  
C/O S.C. MEDICINA LEGALE  
VIA BERTANI, 4  
16125 – GENOVA

Il/la sottoscritto/a.....

Nato/a a.....il .....

c.f..... residente in ..... cap.....

Via ..... n. .... tel .....

CHIEDE

Di essere sottoposto a visita medico collegiale avverso il diniego dell'idoneità psico-fisica al porto d'armi ad  
uso ..... come da certificato medico legale in allegato.

SI ALLEGANO I SEGUENTI DOCUMENTI

- **COPIA CERTIFICATO MEDICO LEGALE RILASCIATO IN DATA .....**
- **DOCUMENTAZIONE MEDICA RELATIVE ALLE PATOLOGIE CHE HANNO DETERMINATO  
L'INIDONEITA'IN SEDE MONOCRATICA.**
- **COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA'**
- **RICEVUTA DI PAGAMENTO IN ORIGINALE**

GENOVA, ..... IN FEDE .....

Per eventuali precisazioni : [medicina.legale@asl3.liguria.it](mailto:medicina.legale@asl3.liguria.it) oppure [protocollo@pec.asl3.liguria.it](mailto:protocollo@pec.asl3.liguria.it)

Attestazione di pagamento di € 200,00 che potrà essere effettuato su c/c postale n° **25575168** intestato a: **Asl 3 genovese – S.C Medicina Legale** oppure qualsiasi sportello della **Banca Carige** utilizzando tutte le indicazioni del c/c sopra indicato.

La pratica può essere spedita in R/R a **MEDICINA LEGALE – ASL 3 GENOVESE – VIA BERTANI, 4 – 16125 GENOVA** oppure consegnata agli U.R.P. (UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO).