

ai sensi dell'art. 14 della Legge Provinciale del 21 agosto 1978 n. 46

Tel.:0471 43 9314 - 9279
Fax:0471 43 9292
E-mail: rekurse.ricorsi@sabes.it
Pec: rekurse.ricorsi@pec.sabes.it

Cognome		Nome	
Luogo di nascita		Provincia	Stato
Data di nascita	Codice fiscale		
Residente a CAP	Luogo		Provincia
Via/Piazza		N.	
Tel. / Cell. N.		E-Mail	

contro il giudizio della commissione sanitaria di 1° istanza per l'accertamento dell'invalidità civile,
cecità e sordità, espresso nei suoi confronti nella visita del [][], [][]/[][]; notificato il
[][]/[][].

Per motivare il presente ricorso allego certificazione del medico specialista rilasciata da non più di 6 mesi.

Delego il patronato, sede di, indirizzo PEC:, tel., presso il quale eleggo domicilio, a rappresentarmi ed assistermi a titolo gratuito per la presente domanda.

Indirizzo PEC

Richiedo che le comunicazioni inerenti alla mia domanda avvengano esclusivamente tramite Posta Elettronica Certificata (PEC).

Indirizzo PEC:

Il sottoscritto/La sottoscritta dichiara inoltre di aver preso conoscenza della specifica Informativa sul trattamento dei dati personali finalizzato alla “Istanza di ricorso ai sensi dell’art. 14 della Legge Provinciale n. 46/1978”.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data

.....

Firma

Allegato

Certificato del medico specialista (rilasciato da non più di 6 mesi)