

(presentato da genitore o tutore)

Azienda Sanitaria dell'Alto Adige
Servizio Aziendale di Medicina Legale
Via G.- Galilei 10/H
39100 Bolzano

Pec: rekurse.ricorsi@pec.sabes.it

Cognome	Nome
Luogo di nascita	Provincia <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 30px; vertical-align: middle;"></table> Stato
Data di nascita <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 30px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 30px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 30px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 30px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 30px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 30px; vertical-align: middle;"></table>	Codice fiscale <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 30px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 30px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 30px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 30px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 30px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 30px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 30px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 30px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 30px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 30px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 30px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 30px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 30px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 30px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 30px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 30px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 30px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 30px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 30px; vertical-align: middle;"></table>
Residente a CAP <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 30px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 30px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 30px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 30px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 30px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 30px; vertical-align: middle;"></table>	Luogo
Via/piazza	Provincia <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 30px; vertical-align: middle;"></table> N.
Tel. / Cell. N.	E-Mail
in qualità di 1	

contro il giudizio della commissione sanitaria di 1° istanza in materia di medicina legale del
.., notificato il .., nei confronti di (nome e cognome)
....., nato il e residente a
..... via/piazza n.

¹ Indicare se la dichiarazione è resa dal tutore o genitore di minore. Il tutore allegghi copia del decreto di nomina.

(solo per ricorsi contro l'accertamento dell'idoneità psico-fisica alle mansioni lavorative, patenti di lavoro oppure concessione di anticipazioni da trattamento di fine rapporto o da forme pensionistiche complementari per spese nell'ambito sanitario)

codice identificativo

[illegible]

data emissione

[illegible]

☐ con modello F23 (allegare documento giustificativo del pagamento).

Richiedo che le comunicazioni inerenti al procedimento amministrativo in oggetto avvengano esclusivamente tramite Posta Elettronica Certificata (PEC).

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. 6 della Legge Provinciale n. 1/1992 in materia di medicina legale”.

[illegible]

Data

Firma

- ☐ Fotocopia del modello F23 quietanzato (se previsto)
- ☐ Fotocopia del decreto di nomina del tutore (se previsto)
- ☐ Fotocopia di un documento di riconoscimento