



Regione Lazio

Alla Commissione Medica per
l'Accertamento della Legge n. 104/92
U.O. Medicina Legale ___ Distretto

__L__ sottoscritt __ _____
nat__ a _____ il _____
residente in Roma, Via /Piazza _____
telefono _____ chiede di essere sottoposto a visita medica collegiale domiciliare/
ambulatoriale ai sensi e per gli effetti della Legge n. 104/92.

Roma, __/__/_____

Firma

(per i minori la domanda deve essere presentata e firmata del genitore tutore)

Si allega:

- **Certificato medico** (di data recente) attestante tutte le patologie del paziente, con grafia chiara, datato, firmato e munito di timbro identificativo; inoltre per le patologie oncologiche, deve riportare la dizione "ai sensi Legge n. 80/2006 art. 6" e, per la richiesta di visita domiciliare, la dizione di "paziente intrasportabile con i comuni mezzi di locomozione".
- **Fotocopia** del documento di riconoscimento, del codice fiscale e copia del verbale d'invalidità civile (se già in possesso).
- **Modulo** di consenso al trattamento dei dati personali.

N.B. Al momento della visita occorre produrre idonea certificazione specialistica di struttura pubblica (Ospedale e/o A.S.L.) ed esibire il proprio documento d'identità non scaduto. La documentazione sanitaria prodotta non potrà essere restituita.