



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
Sede legale: Via G. Cusmano, 24 – 90141PALERMO

C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

**Dipartimento della Programmazione e della
Organizzazione delle Attività Territoriali
e della Integrazione Socio-Sanitaria**

U.O.C. di Medicina Legale, Fiscale.

Via M. Stabile, 261
90141 Palermo
Telefono/fax 091733194
servmedleg@asppalermo.org
www.ausl6palermo.org

Prot. N. _____ del _____ U.O.C. MLF

Spett.le
U.O.C. Medicina Legale
ASP Palermo
Via M. Stabile, 261
uocmedicinalegale@asppalermo.org

OGGETTO: Richiesta Valutazione su Atti Invalidità Civile e Legge 104/1992.

Io sottoscritto _____

nato a _____ il _____ residente a _____

Via _____ Recapito Telefonico _____

CHIEDE

per il sig. _____

nato a _____ il _____ residente a _____

Via _____

che si proceda alla valutazione dello stato di invalidante sugli atti, semprechè la documentazione sanitaria consenta un giudizio obiettivo, ai sensi dell'articolo 29-ter del Decreto Legge n. 76/2020, convertito in Legge n.120/2020.

DICHIARA

- di volere presentare, contestualmente alla presente, la relativa istanza con la documentazione richiesta;
- di avere già inoltrato a codesta ASP l'istanza per il riconoscimento dell'invalidità civile in data _____

Palermo, li _____

Con Osservanza
