

di : _____

Oggetto : Richiesta di **anticipata // domiciliare** Visita M – L di INVALIDITA' CIVILE.-

Il sottoscritto _____ nato il _____

a _____ e residente _____ Via _____

_____ nr. _____ tel. _____

premesso che in data _____ protocollo generale / PIC nr. _____
ha presentato regolare istanza di accertamento di Invalidità Civile;

tenuto conto che le proprie condizioni presentano i requisiti medico-legali – **come da adeguata certificazione medica allegata** – per integrare il diritto a richiedere la Visita Medico-Legale di Invalidità Civile ASL: *[barrare la voce che interessa]*

ANTICIPATA

ex Art. 3, comma 1 D.M. Tesoro nr. 387/91, nonché Circolare Reg. Campania nr. 22 del 15/07/1992;

DOMICILIARE

ex Art. 1, comma 7 DPR 698/94.-

Tanto premesso, CHIEDE ai fini e nei termini di quanto sopra.-

_____, lì _____

in fede

Parere del RE.T.OR. =
