

ALLA COMMISSIONE MEDICA DI PRIMA  
ISTANZA PER L'ACCERTAMENTO DELLA  
INVALIDITA' CIVILE DELL'AZIENDA  
SANITARIA PROVINCIALE  
Via Saffo

CROTONE

**OGGETTO: Richiesta copia verbale di Invalidità Civile**

**Il/La sottoscritto/a ..... nato/a a .....**

**il ..... residente a .....**

**via .....telefono .....**

**documento di riconoscimento\*.....**

**rilasciato da..... in data.....**

**CHIEDE**

**il rilascio di copia autentica del verbale della visita medica cui lo stesso**

**oppure il/la sig/sig.ra .....**

**(grado di parentela):..... del richiedente, è stato/a**

**sottoposto/a in data ..... dal quale risulti l'accertamento del**

**grado di Invalidità Civile.**

**Crotone li .....**

**In fede**

**P.S.**

**Chiede, inoltre, che la suddetta copia venga inviata al seguente indirizzo:**

**Sig.....**

**Via .....**

**CAP..... CITTA' .....**

**(Compilare solo se indirizzo diverso da quello di residenza)**

**\*Allegare fotocopia del documento di riconoscimento**