

## DOMANDA DI RILASCIO/RINNOVO DI CERTIFICAZIONE DI I LIVELLO

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, Residente a \_\_\_\_\_

Via/ Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_, Fax: \_\_\_\_\_, Cell: \_\_\_\_\_,

Carta d'Identità n. \_\_\_\_\_,

Rilasciata dal Comune di \_\_\_\_\_, in data \_\_\_\_\_

Codice Fiscale n. \_\_\_\_\_

Altezza cm: \_\_\_\_\_, Peso Kg: \_\_\_\_\_

Invalidità / Patologie  SI: \_\_\_\_\_,  NO

**Chiede di essere sottoposto a visita medica per il rilascio del seguente certificato medico di I livello:**

 RILASCIO       RINNOVO

 PORTO D'ARMI: USO SPORTIVO

 PORTO D'ARMI DIFESA PERSONALE

 DETENZIONE D'ARMI

NB: SEGNALARE L'AUTORITA' DI PUBBLICA SICUREZZA ALLA QUALE E' STATA  
INOLTRATA DOMANDA DI RILASCIO DI QUANTO SOPRA \_\_\_\_\_

---

**DATA**


---

**IN FEDE**

NB: Allegare copia documento di riconoscimento valido e codice fiscale