

SPETT.LE
AZIENDA ULSS N. 2 Marca Trevigiana
Distretto di Pieve di Soligo
SERVIZIO MEDICINA LEGALE
VIA LUBIN, 16
31053 PIEVE DI SOLIGO

Il sottoscritto _____

nato a _____ prov. _____ il _____

residente a _____ prov. _____

Via / Piazza _____ n. _____

con la presente

CHIEDE

il rilascio di copia del verbale di:

- invalidità civile
- cieco civile
- Legge 104/1992
- Legge 68/1999
- Altro: _____

Per il seguente uso: *(motivare la richiesta)* _____

Distinti saluti.

Data, _____

firma

Alla presente istanza va allegata:

— **fotocopia carta d'identità o di un documento in corso di validità.**