

Richiesta copia conforme all'originale verbale invalidità/L. 104 (solo per verbali emessi fino al 31/12/2009)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

prov. _____ il _____ residente in _____

via _____ n. _____ CAP _____ tel _____

CHIEDE

che venga rilasciata copia conforme del: verbale di invalidità civile verbale L. 104/92

*rilasciato in data ____/____/____ n. pratica _____

intestato a _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente in _____ via _____ n. _____ CAP _____

smarrito in luogo e data imprecisata.

Si allega:

denuncia di smarrimento presentata presso l'Autorità Giudiziaria in data _____

autocertificazione di smarrimento (*da compilare e firmare a cura dell'intestatario del verbale*)

fotocopia documento di riconoscimento

Data _____ Firma del richiedente _____

*** campi obbligatori per verbali rilasciati prima del 01/01/1999**

NB: se la richiesta è inoltrata da altra persona, è indispensabile la delega e fotocopia del documento di riconoscimento del titolare del verbale.

Modalità di presentazione della richiesta

e-mail: medicina.legale@aslroma3.it in formato PDF

di persona, previo appuntamento telefonico:

Segreteria U.O.C. Medicina Legale via Casal Bernocchi n. 73

Tel. 06/56487263 dalle ore 9 alle ore 12