Alla Commissione Medica per l'Invalidità
dell'OMCeO di Lecce

Il/La sottoscritto/a. . . . . nato/a il . . . . . a . . . . . .,

residente a . . . . . in . . . . . .

Codice Fiscale . . . . . , cell. . . . . .

email . . . . . , PEC . . . . . .,

in qualita di

- ☐ Medico di Medicina Generale
- ☐ Pediatra di libera scelta
- ☐ Addetti alla continuità assistenziale e all'emergenza territoriale
- ☐ Specialista Ambulatoriale
- ☐ Specialisti esterni
- ☐ Specialista Ambulatoriale transistato alla dipendenza
- ☐ Medico della medicina dei servizi
- ☐ Libero Professionista

CHIEDE

di essere sottoposto/a ad accertamento medico ai fini della verifica della condizione di invalidità teporanea/assoluta e permanente.

Luogo e data, ...

Il Richiedente

.....

Allega:

1) documentazione sanitaria

2) documento di identità