



INVALIDI CIVILI: RICHIESTA VISITA MEDICA

NON SOGGETTA AD AUTENTICAZIONE – ESENTE BOLLO (D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 art. 37 c. 1)

Prot. _____ del

Al Direttore Sanitario

c/o Distretto C

Via Fiorignano

84091 Battipaglia (SA)

e.p.c. _____

OGGETTO: Invalido _____ nato il _____ a _____

Richiesta visita medica per eventuale conferma riconoscimento grado di invalidità.

Si prega di sottoporre a visita medica l'invalido indicato in oggetto, come indicato dal Verbale n. _____ del
_____ emesso dalla Commissione Sanitaria di codesto Ufficio.

Al riguardo, richiama l'attenzione sulla tempestiva attuazione di quanto richiesto tenuto conto che le provvidenze economiche scaturenti dall'eventuale riconferma del grado di invalidità già riconosciuto non dovrebbero subire interruzioni.

Si prega, infine, di voler trasmettere i verbali con un elenco su cui verrà chiaramente evidenziato che trattasi di visite di revisione e non di pratiche ordinarie.

Nell'ipotesi che codesto Ufficio, precedentemente alla data della presente, abbia già sottoposto a visita l'invalido si prega di considerare nulla la presente richiesta e di voler comunque fornire tempestiva notizia allo scrivente.

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO