

CONSEGUIMENTO/ RINNOVO PORTO D'ARMI

Il / La sottoscritto/a _____ nato/a _____
Il _____ e residente in _____ alla via _____ cap _____
Documento d' identità _____ n _____ rilasciato da _____
Il _____ codice fiscale _____ tel _____

Allega:

1. VERSAMENTO DA € 22,40 SU C/C NR.191742 INTESTATO A AZIENDA SANITARIA LOCALE TA SISP-SIAN-SPESAL-SERV.VETER.INTR. DA TARIFF ;
2. MARCA DA BOLLO € 16,00;
3. CODICE FISCALE FOTOCOPIA;
4. CARTA D'IDENTITA' FOTOCOPIA;
5. FOTOCOPIA PORTO D'ARMI (SOLO IN CASO DI RINNOVO).
6. CERTIFICATO ANAMNESTICO RILASCIATO DAL MEDICO CURANTE AI SENSI DELLA LEGGE N. 120/2010
7. **N.B. CHI USA LENTI A CONTATTO DEVE PRESENTARSI CON OCCHIALI DA VISTA, PIU' LENTI A CONTATTO.**

Taranto _____

Il Richiedente

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
U.O. IGIENE DEGLI AMBIENTI DI VITA E MEDICINA DI COMUNITA'
TARANTO – GROTTAGLIE - MANDURIA
Dirigente: Dr. Roberto Coccioli
Via Pupino n. 2 1P – 74121 Taranto
Tel. 099.7786466
e-mail: diprev.sisp.uostaranto@asl.taranto.it
PEC: dipartprevenzione_sisp.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it