

FAC SIMILE ISTANZA DI RICORSO

*Alla Commissione Medica Superiore e di Invalidità Civile  
presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze  
Direzione Centrale degli Uffici Locali e Servizi del Tesoro  
Via Casilina n.3  
00182* ROMA

Il / la sottoscritt. ....

nat. il..... a .....

residente in .....

Codice fiscale .....

**RICORRE**

avverso il giudizio espresso dalla Commissione Medica della A.S.L. n. .... di.....  
..... o dalla Commissione Medica di Verifica di.....  
nella seduta del ..... notificato il.....

**PER I SEGUENTI MOTIVI**

.....  
.....  
.....

**CHIEDE PERTANTO IL RICONOSCIMENTO**

- dell'indennità di accompagnamento**
- di un più alto grado di invalidità**
- .....

Al riguardo si allega:

- 1) *Copia integrale leggibile del verbale di visita impugnato*
- 2) *Copia della lettera e della busta di trasmissione del verbale di visita medica con timbro postale leggibile*
- 3) .....

Data.....

Firma.....