

*Alla Commissione Medica superiore e di invalidità civile  
Presso Ministero del Tesoro, Divisione XII, Servizio Ricorsi  
Via Casilina, n. 3 – 00182 – Roma*

Il sottoscritto....., nato a .....,  
il..... Residente in.....  
Via.....n. ....C.a.p.....

Avverso il giudizio della commissione Medica di 1°grado/Commissione medica  
periferica/Commissione Asl di..... e dalla stessa  
sottoposto a visita medica collegiale in data ....., riconosciuto/non riconosciuto  
invalido nella misura del .....

Ai sensi dell'art. 9 della Legge 118/1971 e dell'art. 1, 8°co., della Legge 295/1980.

**RICORRE**

A codesta Commissione Superiore ai sensi dell'art. 3 D.P.R. 698/1994, affinché voglia  
riesaminare le proprie condizioni di salute, concedendo i benefici richiesti.

**ALLEGATI**

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

Data,.....

Firma .....