



REGIONE LAZIO  
AZIENDA SANITARIA LOCALE FROSINONE  
AREA MEDICO LEGALE

Ufficio Invalidi Civili - Via A. Fabi - 03100 Frosinone - Pal. "A" - Tel. 0775.882251 - 0775.882614 - Fax 0775.882204

DISTRETTO "B"

29 NOV. 2000

Frosinone, li .....

Prot. n. 6504 Racc. A.R.

Rif. ....  
del .....

OGGETTO: TRASMISSIONE ESITO  
ACCERTAMENTO SANITARIO

Al Sig. TORRELLA LUCA

VIA VALVAZZATA - 2

GIULIANO DI ROMA

C/O PATRONATO .....

Si trasmette allegata alla presente, il verbale relativo alla visita collegiale effettuata da questa Commissione Sanitaria in data 24.10.00 .....

Contro tale decisione potrà essere proposto ricorso in carta libera corredato dalla fotocopia del verbale stesso ed eventualmente da ulteriori certificati ritenuti utili ai fini dell'accertamento sanitario, al MINISTERO DEL TESORO - DIREZIONE GENERALE PER LE PENSIONI DI GUERRA E DEI SERVIZI VARI - Ufficio Ricorsi Via Casilina n. 3 - 00182 ROMA, entro il termine perentorio di 60 giorni dalla data della notifica.

IL PRESIDENTE DELLA COMMISSIONE

IL PRESIDENTE DELLA COMMISSIONE  
DR. SSA LISIA CACCIOTTI