

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
REGIONE PIEMONTE  
Azienda Sanitaria Locale  
“Città di Torino”

SERVIZIO DI MEDICINA LEGALE

COMMISSIONE SANITARIA INVALIDI CIVILI

Data di presentazione ..... Invito visita medica .....

Domanda .....

Invito C.M. .... Invio interessato .....

Invio I.N.P.S. ....