

(TIMBRO O CARTA INTESATA DEL MEDICO DI BASE)

ALLEGATO C4

**MODULO DI CERTIFICAZIONE PER IL RINNOVO DEL CONTRASSEGNO DISABILI CON SCADENZA
QUINQUENNALE
(non per quelli con validità inferiore DI COMPETENZA DELL'UFFICIO DI MEDICINA LEGALE DELLA ASL DI
COMPETENZA)**

In ordine alla richiesta di rinnovo del Contrassegno Unico Disabili Europeo presentata dal Sig.

_____ nato a _____ il _____ e residente a _____
in via / p.zza _____ n° _____
titolare del Contrassegno per parcheggio per disabili N° _____, rilasciato
dal Comune di _____ con scadenza il _____

Preso visione dei criteri patologici per il rinnovo del Contrassegno Unico Disabili Europeo, approvato dalla
Giunta Regionale della Liguria con delibera n° 1030/2013 e ss.mm. e ii

- presa visione del documento rilasciato dall'Ufficio di medicina legale della ASL _____
che ha acconsentito il rilascio del primo contrassegno disabili (barrare la casella se esiste
detto documento)

Si certifica

- per quanto di competenza, che permane il diritto per il rinnovo del Contrassegno per il
parcheggio dei disabili, AI SENSI DEL DGR 1030/2013 DELLA REGIONE LIGURIA

ovvero

- si rinvia il richiedente mio assistito al parere definitivo all'Ufficio di Medicina Legale
della ASL _____.

_____ - _____
luogo data

(Timbro e Firma del Medico Base)

FINE TESTO _____