

(TIMBRO O CARTA INTESTATA 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 _____

Presa 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 _____

FINE TESTO (Timbro e Firma del Medico Base)