ALLEGATO C4

(TIMBRO O CARTA INTESTATA DEL MEDICO DI BASE)

MODULO DI CERTIFICAZIONE PER IL RINNOVO DEL CONTRASSEGNO DISABILI CON SCADENZA QUINQUENNALE

(non per quello con validità inferiore)

Presa visione dei criteri patologici per il rinnovo del Contrassegno Unico Disabili Europeo, approvato dalla Giunta Regionale della Liguria con **delibera n° 1030 del 05.08.2013**, si certifica, che il Sig._____

Nato a _____il_____residente a _____

in Via/P.zza_____ n°_____

Titolare del Contrassegno per parcheggio per disabili n°_____, rilasciato

Dal Comune di_____ con scadenza il_____

|_| presa visione del documento rilasciato dall'Ufficio di Medicina Legale della ASL_____ che ha acconsentito il rilascio del primo contrassegno disabili

|_| si certifica, per quanto di competenza, che permane il diritto per il rinnovo del Contrassegno per il parcheggio dei disabili,

|_| si rinvia il mio assistito al parere definitivo all'ufficio di Medicina Legale della ASL_____.

(Barrare la casella se esiste detto documento)

_____

(luogo – data)

_____

(timbro e firma del Medico di Base)