

(TIMBRO O CARTA INTESTATA DEL MEDICO DI BASE)

ALLEGATO C4 alla DGR 138/2015

**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 da

nato/a a _____ il _____ e residente a _____

in via / p.zza _____ n° _____

titolare del Contrassegno per parcheggio per disabili n° _____,

rilasciato da _____ 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)