

(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)

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