

(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)