

(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 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 \_\_\_\_\_

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)

FINE TESTO