

MODULO DI CERTIFICAZIONE PER IL RINNOVO DEL CONTRASSEGNO
DISABILI CON SCADENZA QUINQUENNALE
(non per quelli con validità inferiore)

Preso visione dei criteri patologici per il rinnovo del Contrassegno Unico Disabili Europeo, approvato dalla giunta Regionale della Liguria con Delibera n. 1030 del 05/8/2013,

SI CERTIFICA

che il sig. _____

nato a _____ (____) il _____ e residente a _____

_____ (____) in via / piazza _____ n. _____

titolare di contrassegno disabili n. _____ rilasciato dal Comune di _____

_____ con scadenza in data _____

presa visione del documento rilasciato dall'Ufficio di Medicina Legale della ASL n. _____ che ha acconsentito il rilascio del primo contrassegno disabili;

si certifica, per quanto di competenza, che permane il diritto per il rinnovo del Contrassegno Unico Disabili Europeo di cui all'art. 381 del DPR 495/92 in quanto si conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio;

si rinvia il mio assistito al parere definitivo dell'Ufficio di Medicina Legale della ASL _____;

(barrare la casella se esiste detto documento)

(timbro e Firma del Medico di Base)