

(Timbro o carta intestata 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)

Presa visione dei criteri patologici per il rinnovo del Contrassegno Unico Disabili Europeo (CUDE), approvato dalla Giunta Regionale della Liguria con Delibera n. 138 del 20/02/2015 ed in ordine alla richiesta di rinnovo del Contrassegno presentata dal/la sig./ra

\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

titolare del Contrassegno per parcheggio invalidi n° \_\_\_\_\_, rilasciato dal Comune di Casella con scadenza  
il \_\_\_\_\_

- ☐ 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 e ss. mm. ed ii

OVVERO

- ☐ si rinvia il richiedente mio assistito al parere definitivo all'Ufficio di Medicina Legale della ASL \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Luogo

\_\_\_\_\_  
data

\_\_\_\_\_  
(Timbro e Firma del Medico di Base)