

**Regione Liguria**

Dipartimento Salute e Servizi Sociali

Pianificazione e Programmazione delle Politiche Sociali Integrate-Servizio

**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.re/a \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_

in Via /P.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

titolare del contrassegno per parcheggio Disabili n° \_\_\_\_\_ rilasciato dal Comune di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ con scadenza il \_\_\_\_\_

**Presa visione dei criteri patologici per il rinnovo del Contrassegno Unico Disabili Europeo, approvato dalla Giunta Regionale della Liguria con Deliberazione n° 1030/2013, 442/2017 e ss.mm e ii.**

Presa visione del documento rilasciato dalla Ufficio di Medicina Legale della Asl \_\_\_\_\_  
Che ha acconsentito il rilascio del primo contrassegno disabili (barrare la casella se esiste detto documento)

Per quanto di competenza. Che permane il diritto per il rinnovo del Contrassegno per il parcheggio disabili, **AI SENSI DEL DGR 1030/2013 DELLA REGIONE LIGURIA.**

Si rinvia il richiedente mio assistito al parere definitivo all'Ufficio di Medicina Legale della Asl \_\_\_\_\_

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma e timbro del Medico di Base