ALL'UFFICIO MEDICO LEGALE
DELL'UNITÀ/AZIENDA SANITARIA LOCALE
N. ..... di .....

OGGETTO: **Domanda di certificazione medica - D.P.R. 495/92, art. 381, comma 3**

Il sottoscritto ..... sesso M F [1]

nato a ..... il .....

residente a .....

via ..... n. .....

CHIEDE

una certificazione medica dalla quale risulti l'accertamento di effettiva ridotta capacità di deambulazione ed il presumibile periodo di durata della stessa, al fine di ottenere dal Comune di ..... il rilascio del contrassegno di concessione per circolazione e parcheggio di invalidi.

.....
data

.....
Firma del richiedente

[1] Barrare la casella che interessa.

ica EDITRICE
+0003/00164/01