

**ALL'UFFICIO MEDICO LEGALE
DELL'UNITA' /AZIENDA SANITARIA LOCALE**

N.DI

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

Il sottoscritto.....sesso M F
nato ail.....
residente a
via.....n.

chiede

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

Data.....

.....
Firma del richiedente