

U.O. MEDICINA LEGALE

Data,

Unità Operativa di

CERTIFICO

che il/la Sig./ra

Nato/a il a

e residente in

Via/Piazza n.

identificato/a con documento n.

rilasciato da il

sulla base della documentazione sanitaria esibita e dell'obiettivo rilevata risulta affetto da:

.....
.....
.....

diagnosi omessa ai sensi del DLG n. 196/03

A TALE MINORAZIONE FISICA CONSEGUE UNA CAPACITÀ DI DEAMBULAZIONE

SENSIBILMENTE ridotta in via PERMANENTE

TEMPORANEA e per mesi

Si rilascia il presente certificato a domanda dell'interessato ai fini della concessione del contrassegno speciale cui all'art. 381 D.P.R. 495/92 aggiornato con D.P.R. 610/96 e dell'art. 12 D.P.R. 503/96 e successive modificazioni ed integrazioni.

ATTENZIONE
L'AZIENDA È FUORI DA OGNI
RESPONSABILITÀ PER LE BOZZE
DA VOI CORRETTE.
Visto: Si autorizza la stampa.
Data
Firma

IL MEDICO LEGALE

.....