

ALL'UFFICIO MEDICO LEGALE  
DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE  
N. CN1 di CUNEO

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

Il sottoscritto ..... sesso M F  
nato/a a ..... il.....  
residente a.....  
via ..... n.....

**C H I E D E**

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 ROCCAIONE (CN) il rilascio del contrassegno di concessione per circolazione e parcheggio di invalidi.

data

Firma del richiedente