Modello Certificazione Medica per rinnovo C.U.D.E. (Contrassegno Unificato Disabili Europeo)

Intestazione del Medico curante

Si certifica che il sig./sig.ra _____

nato/a _____prov. _____Il _____

e residente in Taranto alla via _____ n. _____

presenta il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio del precedente contrassegno per persone diversamente abili.

Taranto lì _____

Il Medico Curante
(Timbro e firma)