

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 li _____

Il Medico Curante
(Timbro e firma)