

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)*