

DOMANDA PER IL RILASCIO DEL CERTIFICATO MEDICO LEGALE DI DIFFICOLTA'
ALLA DEAMBULAZIONESpett.le
Azienda Sanitaria Locale della
Provincia di BergamoDipartimento di prevenzione medica
Settore di Bonate Sotto
Via Garibaldi n. 13 Tel 035/4991110

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

Residente a OLTRE IL COLLE (BG) 24013

Indirizzo _____

Telefono _____

CHIEDE**Di essere sottoposto/a a visita medico-legale per il rilascio del certificato sulla "capacità di deambulazione" per domanda al Comune di Residenza di "contrassegno parcheggio invalidi" (Art. 381 D.P.R. 16.12.1992 n. 495)**

A tal fine dichiara di essere:

- invalido civile: verbale del ___/___/___ della ASL di _____
- diagnosi _____ percentuale di invalidità _____ %
- invalido sul lavoro: certificato INAIL del _____
- con diagnosi di _____ percentuale di invalidità INAIL _____ %
- invalido di guerra e/o per servizio: certificato dall'Ospedale Militare rilasciato in data _____
- con diagnosi _____ categoria _____
- in attesa del giudizio di invalidità civile, ha presentato domanda in data _____
- non invalido ma affetto da gravi patologie che riducono sensibilmente la deambulazione, come da certificato medico rilasciato dal Dr. _____ in data _____

Dichiara inoltre sotto la propria responsabilità di non essere già in possesso del contrassegno parcheggio, in corso di validità.

- Si riserva di produrre tutta la documentazione sanitaria in Suo possesso (Certificati, Cartelle Cliniche di ricovero) ed al momento della visita produrrà, in originale, verbale di riconoscimento di invalidità civile, di invalidità INAIL, dipendenza da causa di servizio.

Data _____

Firma _____

N.B: IL CERTIFICATO VIENE RILASCIATO SOLO A PAGAMENTO E LA LEGGE NON AMMETTE DEROGHE.
L'IMPORTO DOVUTO E' DI EURO 36,30 E DEVE ESSERE VERSATO SU CONTO CORRENTE POSTALE N.36349611
- INTESATO ASL BERGAMO - BONATE SOTTO;
LA RICEVUTA DEVE ESSERE PRODOTTA AL MOMENTO DELLA VISITA.
LA CONVOCAZIONE A VISITA ARRIVERA' PER LETTERA ALL'INDIRIZZO DA LEI SOPRA SEGNALATO.