



Dipartimento di Sanità Pubblica

Servizio Igiene e Sanità Pubblica

RILASCIO

RINNOVO

ATTESTAZIONE PER CONTRASSEGNO UNIFICATO DISABILI EUROPEO

Il/La sottoscritto/a Sig./ra _____ nato/a a _____

il _____ e residente a _____

in Via _____ telefono _____

in qualità di

diretto interessato

legale rappresentante (genitore, tutore, amministratore di sostegno, curatore) o familiare:

_____ (specificare qualifica/grado di parentela)

di _____ (cognome e nome) nato/a a _____ il

residente a _____ in Via _____

tel./cell. _____

a tal fine allego

documentazione sanitaria specifica

verbale di invalidità

L'attestato verrà inviato a mezzo posta raccomandata semplice all'indirizzo sopra riportato.

Potrà essere anticipato, qualora disponibile, a mezzo posta elettronica all'indirizzo PEC:

SONO CONSAPEVOLE CHE le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal Codice Penale e dalle Leggi speciali in materia (DPR 44/2000 TU sulla documentazione amministrativa). L'AUSL - IRCCS effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

_____ li _____

In fede

Allegare sempre documento di riconoscimento dell'interessato e, se diverso dall'interessato, anche documento di riconoscimento del delegato