

Al Direttore
U.O.C. Igiene Epidemiologica
e Sanità Pubblica
dell' Azienda Sanitaria Locale di Potenza
(A. S. P.)
POTENZA

Il/la sottoscritto/a _____ nat_ a _____ (___)

Il _____ residente a _____ (___)

In Via/c.da/Piazza _____

CHIEDE

Di essere sottoposto a visita medica-legale per il rilascio di certificazione attestante lo stato di "Deambulazione sensibilmente ridotta" ai fini del rilascio/rinnovo del contrassegno a persone diversamente abili

Potenza, _____

Con Osservanza

(Firma Leggibile)