

**CERTIFICAZIONE MEDICA
PER ISTANZA AREA DI SOSTA PERSONALIZZATA PER PERSONA CON DISABILITA'**

Il/La sottoscritto/a Dott./ssa _____

in qualità di Medico Curante di _____

nat__ a _____ il __/__/____

e residente in Piacenza in Via _____

CERTIFICA

che la persona in condizioni di disabilità sopra citata presenta gravi limitazioni della deambulazione

Altre eventuali annotazioni: _____

Piacenza, _____

**TIMBRO E FIRMA
DEL MEDICO CURANTE**

A cura della persona con disabilità

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

Il sottoscritto, in qualità di soggetto interessato al trattamento dei dati, dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale del Comune di Piacenza, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Piacenza, _____

FIRMA
