

**CERTIFICATO MEDICO  
IMPOSSIBILITÀ TEMPORANEA DI UTILIZZARE I MEZZI PUBBLICI  
DESTINATO AI SERVIZI DI TRASPORTO FINANZIATI AI SENSI DELLA  
LACD**

**Premessa**

Per coloro che richiedono il servizio di trasporto e che hanno un'**impossibilità temporanea** ad utilizzare i mezzi pubblici o a spostarsi autonomamente **è raccomandato**, qualora fosse possibile, allegare alla richiesta di trasporto il presente documento. Lo stesso potrà essere compilato alla prima occasione in cui il richiedente incontrerà il proprio medico di riferimento.

**Il/La sottoscritto/a certifica che il signor/la signora** \_\_\_\_\_

domiciliato/a a \_\_\_\_\_

a causa di una problematica di salute o disabilità non è in grado di utilizzare i mezzi pubblici o di spostarsi autonomamente.

**Durata dell'impossibilità di utilizzare i mezzi pubblici**

**Dal** \_\_\_\_\_ **al** \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_