

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 _____