

CONTRASSEGNO POSTEGGIO DISABILI

- Documento di identità
- Ricevuta di versamento di **€ 26,00** da versare da versare in una delle tre modalità indicate:
- c/c postale n° **1058813732** intestato **ASSL Nuoro** con causale **"S. S. D. MEDICINA LEGALE – Certificato Medico Parcheggio Disabili"**.
- c/c bancario n° **IT41N0101517300000070782965** – Sede Tesoreria Banco di Sardegna intestato ad **ASSL Nuoro** con causale **"S. S. D. MEDICINA LEGALE – Certificato Medico Parcheggio Disabili"**
- Presso gli sportelli **CUP**
- Documenti sanitari specialistici che accertino eventuali patologie, in originale e copia

Il versamento dovrà essere eseguito dopo la visita.

Prenotato per il giorno _____ alle ore _____

Presso gli ambulatori di Medicina Legale in Via Demurtas, 1
1° Piano c/o Vecchio Ospedale San Francesco Nuoro - Tel. 0784/240109