

certificato del medico curante per il rinnovo contrassegno invalidi permanenti (validità 5 anni)

A richiesta del Sig., paziente da me in cura,
nato a prov. (.....) il/...../..... e residente
ad in via
civico n°

SI CERTIFICA

Il persistere delle condizioni sanitarie di ridotte / limitate capacità di deambulazione, che hanno dato
luogo al rilascio del contrassegno invalidi.

Si rilascia, ai sensi del D.P.R. 495/92 agg. Con D.P.R. 610/96 art. 381, per gli usi consentiti dalla
legge.

Luogo e data

Timbro e firma
del medico curante

.....