

SI CERTIFICA

Sig. : _____

_____ il _____,

nate a _____ in via _____

art. 381 del D.P.R. 495 del 16.12.1992

(Regolamento di attuazione del Codice della Strada)

ata la patologia di cui è affetto la quale riduce sensibilmente la deambulazione

DEFINITIVO

TEMPORANEO : FINO AL _____

(barrare la casella interessata)

HA DIRITTO al rilascio del contrassegno previsto dalla sopracitata normativa.

TIMBRO DELL'UNITÀ SANITARIA LOCALE
E FIRMA DEL MEDICO
CERTIFICATORE