

CERTIFICATO PER IL RINNOVO DEL CONTRASSEGNO INVALIDI
(a cura Medico curante)

SI CERTIFICA

Sig. : _____

_____ il _____,

ente a _____ in via _____

l'art. 381 del D.P.R. 495 del 16.12.1992
(Regolamento di attuazione del Codice della Strada)

tata la patologia di cui è affetto che riduce sensibilmente la deambulazione,

C O N F E R M A

stere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio del contrassegno
esimo HA DIRITTO al rinnovo della validità del contrassegno previsto dalla so
tiva.

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO
CURANTE