

CERTIFICATO PER IL RINNOVO DEL CONTRASSEGNO INVALIDI

Certifico che il/la sig./sig.ra _____,
C.F. _____, residente a _____
in _____, è stato/a visitato/a
dal/dalla sottoscritto/a dott./dott.ssa _____ in data
odierna e che persistono/non persistono (cancellare l'opzione indesiderata) le condizioni sanitarie che hanno
dato luogo al rilascio del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone
invalide.

Ai sensi della normativa vigente in materia (D.Lgs. n. 285/1992 e D.P.R. n. 495/1992), dichiaro quindi che il/la
suddetto/a paziente è/non è (cancellare l'opzione indesiderata) tuttora in possesso dei requisiti previsti per
la concessione del contrassegno di cui sopra.

Luogo e data: _____

(timbro e firma del medico)
