

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** 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** tuttora in possesso dei requisiti previsti per la concessione del
contrassegno di cui sopra.

Luogo e data: _____

(timbro e firma del medico)
