

Certificato del medico curante per rinnovo del contrassegno invalidi permanente (validità 5 anni)

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

SI CERTIFICA

Il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio del contrassegno invalidi.

Si rilascia, ai sensi del D.P.R. 495/92 e successive modifiche e aggiornamenti, per gli usi consentiti dalla legge.

Data

Timbro e firma
del medico curante

.....