

OGGETTO: Certificazione di persistenza delle condizioni di invalidità permanente ai sensi dell'art. 381 comma 3° del D.P.R. 16.12.92 n° 495.

Il/la sottoscritt _ Dott. _____ , con ambulatorio in _____ ,
via/piazza _____ n° _____ , recapito telefonico _____ / _____ ,
medico curante del Sig. _____ , nat _ a _____
il ____ / ____ / _____ , residente in Campi Bisenzio in via/piazza _____ n° _____ ,
titolare del contrassegno parcheggio per disabili n° _____ rilasciato il _____ dal Comune di
Campi Bisenzio

C E R T I F I C A

Che persistono le condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio, sulla base del certificato medico – legale della A.S.L. di appartenenza, della suddetta autorizzazione con validità di anni cinque (permanente) per la circolazione delle persone invalide

TIMBRO

IL MEDICO CURANTE

Lì _____