

CERTIFICATO MEDICO

per il rinnovo del “contrassegno invalidi” rilasciato a tempo indeterminato

Nella visita medica eseguita in data odierna è stato espressamente accertato che:

Il Sig. _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ Provincia _____

Cap. _____ via _____

1. Ha effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta;

2. Ha effettiva incapacità di deambulare;

A tempo indeterminato;

Si rilascia il presente certificato, su richiesta dell'interessato per i benefici di cui al D.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495 – art. 381

_____ li _____

Il Medico

N.B.

Si ricorda che, per la prima richiesta di “contrassegno invalidi”, e per il rinnovo di “contrassegno invalidi” rilasciato a tempo determinato, la certificazione dovrà essere rilasciata dall'Ufficio Certificazioni medico-legali della A.S.S.T. Questo modulo deve essere compilato solo per l'eventuale rinnovo di “contrassegno invalidi” rilasciato a tempo indeterminato, il cui certificato relativo al persistere della effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta, è di competenza del medico curante.

(D.P.R. 495/92 – art. 381)