



COMUNE DI BRESCIA

Modello da restituire compilato e firmato dal medico curante.

OGGETTO: Certificazione relativa al rinnovo del **contrassegno speciale per invalidi** di cui all'art. 6 del D.P.R. 384/78.

Il Sottoscritto dott.....

in qualità di medico curante di

nato ail

residente a Brescia in via

Presa visione dell'estratto della circolare del Ministero dei lavori Pubblici n. 1030/83 inerente l'oggetto, nonché dell'art. n. 381 del D.P.R. 495/92,

sulla base dei dati anamnestici e clinici in mio possesso, certifico il persistere delle condizioni sanitarie accertate dalla competente commissione per l'invalidità della ASL che hanno dato luogo al rilascio del contrassegno invalidi al mio assistito.

Brescia, li _____

IL MEDICO

TIMBRO E FIRMA