



CERTIFICATO MEDICO PER RINNOVO CONTRASSEGNO PER DISABILI

in applicazione dell'art. 381 del D.L.vo 16/12/1992, n. 495 (Regolamento di esecuzione del Codice della Strada) così come modificati dal D.P.R. N 151 del 30 luglio 2012

SI CERTIFICA che
nat.... a (.....) il/...../..... e
residente a **GUSPINI** (SU) in via/piazza/loc.....
nr. Cod. Fiscale già titolare di contrassegno
nr. rilasciato da

Ai sensi del Decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495 **art. 381** e del D.P.R. 16/09/96 n. 610, art. 217 (ex art. 381 già **art. 188** C.d.S.), così come modificati dal **D.P.R. n. 151** del 30 luglio 2012, permangono le condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio del contrassegno e dell'autorizzazione per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide.

Si rilascia su richiesta dell'interessato per gli usi consentiti dalla legge.

Data

Timbro e firma del medico
