

CERTIFICATO MEDICO
(IN BASE ALL'ART. 381, COMMA 3°, DEL D.P.R. 495/1992)

Si certifica che il/la sig./ra

Nato/a il e residente

a Porto Viro in via n., sulla base della visita medica

effettuata e dall'esame della documentazione clinica esibita, risulta essere affetto dalla seguente

patologia

.....

.....

.....

e che pertanto si confermano le condizioni mediche che hanno dato luogo al rilascio del
contrassegno speciale per la circolazione e la sosta di veicoli che trasportano invalidi.

Porto Viro, li

Timbro e firma del medico curante

.....