

Certificato per rinnovo contrassegno disabili - PERMANENTE

A richiesta del/lla sig./sig.ra _____ paziente da me in cura,
nato/a _____ il _____ e residente a Misterbianco
in via _____ n. _____.

SI CERTIFICA

Il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio del
contrassegno disabili n. _____/20 _____.

Si rilascia ai sensi dell'art. 381 del D.P.R. n.495/1992, per gli usi consentiti dalla legge.

Lì, _____

Il Medico
