

**OGGETTO: Certificazione di persistenza delle condizioni di invalidità permanente ai sensi dell'art. 381 comma 3° del D.P.R. 16.12.92 n° 495.**

Il/la sottoscritt \_ Dott. \_\_\_\_\_ , con ambulatorio in \_\_\_\_\_ ,  
via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ , recapito telefonico \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ,  
medico curante del Sig. \_\_\_\_\_ , nat \_ a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ , residente in Campi Bisenzio in via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ ,  
titolare del contrassegno parcheggio per disabili n° \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_ dal Comune di  
Campi Bisenzio

**C E R T I F I C A**

Che persistono le condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio, sulla base del certificato medico – legale della A.S.L. di appartenenza, della suddetta autorizzazione con validità di anni cinque (permanente) per la circolazione delle persone invalide

**TIMBRO**

**IL MEDICO CURANTE**

\_\_\_\_\_

Lì \_\_\_\_\_