

FAC-SIMILE

DEL CERTIFICATO MEDICO DA PRESENTARE PER IL

RINNOVO

DEL CONTRASSEGNO PER LA SOSTA AGEVOLATA A FAVORE
DELLE PERSONE INVALIDE

Da presentare in carta semplice

Si certifica che a carico del / della sig. _____,
nat__ a _____, il ___ / ___ / _____, residente a Staranzano in via
_____, titolare del contrassegno n. _____ per la sosta agevolata a
favore delle persone invalide, persistono le condizioni sanitarie che hanno dato luogo a suo tempo al
rilascio dello stesso.