

**CERTIFICAZIONE DEL MEDICO CURANTE AI FINI DEL RINNOVO DELLA
AUTORIZZAZIONE DI CIRCOLAZIONE E SOSTA DEI VEICOLI A
SERVIZIO DI PERSONA INVALIDA**

Il sottoscritto _____, in qualità di medico curante

CERTIFICA

Il persistere delle condizioni sanitarie del/della proprio/a paziente,
Sig./Sig.ra _____
nato/a a _____ il _____
e residente a Parma in via/piazza _____
già in possesso di contrassegno invalidi in quanto persona con capacità di
deambulazione sensibilmente ridotta, come da certificato medico legale a suo
tempo prodotto dall'interessato/a visto l'art. 188 c. 3 del Codice della Strada.

Il medico curante
(firma e timbro)

Parma li, _____