



COMUNE di ORISTANO
COMUNI de ARISTANIS

AL CORPO POLIZIA LOCALE
VIA CARMINE 18
09170 ORISTANO

CERTIFICAZIONE MEDICA

PER IL RINNOVO A CARATTERE PERMANENTE DEL CONTRASSEGNO SPECIALE PER LA CIRCOLAZIONE E LA SOSTA DEI VEICOLI AL SERVIZIO DELLE PERSONE INVALIDE CON DEAMBULAZIONE SENSIBILMENTE RIDOTTA.

Il/La sottoscritto/a Dott. _____

CERTIFICA

che a carico del ___ Sig./Sig.ra _____

nat ___ a _____ il _____

residente a ORISTANO, in via /p.za/loc. _____ n. _____,

persistono le condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio del "contrassegno speciale" per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide con deambulazione sensibilmente ridotta di cui all'art. 188 del Codice della Strada (D. Lgs. n. 285/1992 e ss.mm.ii.) e art. 381 del Regolamento di attuazione (DPR n. 495/1992, e ss.mm.ii.).

Luogo e data , _____

timbro e firma del medico

COMUNE DI ORISTANO - CORPO POLIZIA LOCALE

Via Carmine 18 09170 ORISTANO - Tel.0783.78396

Mail: comando.pm@comune.oristano.it - protocollo@comune.oristano.it - PEC: istituzionale@pec.comune.oristano.it