**FAC- SIMILE CERTIFICAZIONE MEDICA PER RILASCIO/RINNOVO CONTRASSEGNO DISABILI**

(art. 381 del DPR 495/1992 e dell'art. 4 commi 1 e 2 del D.L. 5/2012, convertito in L. 35/2012)

Oggetto: Certificato per il rilascio/rinnovo “Contrassegno invalidi”

**SI CERTIFICA**

Che il/la sig. …………………………….

Nato/a a ……………………….. il ……………………………….

Residente a ……………………………

Ha effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta (D.P.R. 495/92 art. 381) in modo

□ permanente.

□ temporaneo. Durata presumibile dell’invalidità: ……………………….

Si trova pertanto nelle condizioni previste per il rilascio del contrassegno speciale per gli effetti del Codice della Strada.

 **TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO LEGALE**

 **OVVERO MEDICO DI BASE (CODICE)**