

**AL SINDACO
DEL COMUNE DI POMEZIA**

**c/o COMANDO POLIZIA MUNICIPALE
Sezione Sanzioni Amministrative**

**ATTESTAZIONE D'INVALIDITA' PER RINNOVO CONTRASSEGNO INVALIDI
D.P.R. 503/95**

Si certifica che _I_ Sig. _____
nat_ a _____ il _____, residente in Pomezia
via _____ n° _____, presenta il persistere delle condizioni sanitarie
che hanno determinato il rilascio del contrassegno invalidi (art.381 DPR 495/92 c.3)
n° _____ rilasciato in data _____ con durata quinquennale.

Pomezia, _____

IL MEDICO DI FAMIGLIA