

**AL SIG. SINDACO
DEL COMUNE DI POMEZIA**

**OGGETTO: ATTESTAZIONE D'INVALIDITA' PER IL RINNOVO DEL CONTRASSEGNO
INVALIDI D.P.R. N. 503/95**

Con la presente si certifica che la/il Sig. ra _____
nata/o a _____ il _____ residente in Pomezia,
Via _____ n. _____ tel _____

Presenta il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rinnovo del
Permesso Invalidi di cui all' art. 381 del D.P.R. n. 495 del 16 dicembre 1992, permesso n.
_____ rilasciato dal comune di Pomezia il _____, scaduto il _____
con durata quinquennale.

IL MEDICO DI FAMIGLIA

Pomezia _____

**P.S. solo per invalidità permanente dopo aver ottenuto un contrassegno quinquennale con
certificato ASL**