

VISTO ARRIVARE

PROTOCOLLO

AL COMUNE DI POMEZIA
CORPO DI POLIZIA LOCALE
PIAZZA INDIPENDENZA, 26
00071 – POMEZIA - RM

OGGETTO: ATTESTAZIONE D'INVALIDITÀ PER RINNOVO CONTRASSEGNO INVALIDI D.P.R. 503/95

Si certifica che il/la Sig./Sig.ra

nato/a a (.....) Il/...../..... e residente a

Pomezia in Via/P.za/Loc N.,

presenta il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno invalidi (*com. 3, art. 381*

del DPR 495/92) rilasciato in data al n. con durata quinquennale.

Pomezia, lì _____

IL MEDICO DI FAMIGLIA

