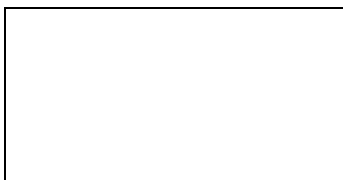


SOLO PER RINNOVI PERMANENTI (DURATA 5 ANNI)

TIMBRO DEL MEDICO CURANTE



CERTIFICATO MEDICO

VISTO L'art. 381 del D.P.R. 16.12.1992, nr. 495;

VISTO l'esito della visita;

SI CERTIFICA

che la persona _____

nata a _____ il _____

residente in Sassello, via _____

è affetta da _____

permanente (durata 5 anni)

ha CAPACITA' DI DEAMBULAZIONE SENSIBILMENTE RIDOTTA.

data _____, ____/____/____

invalidi/stampati

firma del Medico