

**FAC-SIMILE CERTIFICATO MEDICO CURANTE PER IL RINNOVO
PERMESSO INVALIDI**

**(RISCONTRATO CHE IL PRECEDENTE ABBAIA AVUTO LA VALIDITA' PARI AD ANNI 5 E CHE
SIA RESIDENTE NEL COMUNE DI CREMA)**

**SI ATTESTA CHE IL SIG. _____
NATO IL _____ ABBISOGNA DI RINNOVO DEL CONTRASSEGNO PER
INVALIDI IN QUANTO PERSISTONO LE CONDIZIONI SANITARIE CHE HANNO
DATO LUOGO AL RILASCIO.
IL CONTRASSEGNO DEVE CORRISPONDERE CON DURATA DI _____**

timbro e firma del medico

USARE CARTA INTESTATA