

**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**