

**AL SIGOR SINDACO
DEL COMUNE DI ORISTANO**

Oggetto: certificato medico per il rinnovo del contrassegno speciale per la circolazione e sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide con deambulazione sensibilmente ridotta.

Il/La sottoscritto/a Dr.ssa _____,

CERTIFICA

che per il/la Sig./ra _____

nato/a il _____ in _____

e residente in Oristano _____

nella via _____ n° _____,

“persistono le condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio del contrassegno speciale per la circolazione e sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide con deambulazione sensibilmente ridotta”, come previsto dall’art. 188 del Codice della Strada e all’art. 381 del Regolamento di attuazione.

Oristano lì _____

Timbro e firma