

## CERTIFICATO MEDICO-LEGALE

**Nella visita medica eseguita in data odierna è stato espressamente accertato che:**

Il Sig. \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Cap. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

**1. Ha effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta;**

**2. Ha effettiva incapacità di deambulare;**

**A. A tempo indeterminato;**

**B. Per un periodo presumibilmente pari a:**

mesi n. \_\_\_\_\_ / settimane n. \_\_\_\_\_ / giorni n. \_\_\_\_\_

Si rilascia il presente certificato, su richiesta dell'interessato per i benefici di cui al D.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495 – art. 381

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Il Medico

\_\_\_\_\_

**N.B.**

Si ricorda che, per la prima richiesta di "contrassegno invalidi", il presente modulo dovrà essere compilato dall'Ufficio certificazioni medico-legali della A.S.L.. Per l'eventuale rinnovo dell'autorizzazione, il certificato relativo al persistere della effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta, è di competenza del medico curante.  
(D.P.R. 495/92 – art. 381)