

_____ lì, _____

<u>OGGETTO:</u>	Certificazione medica ai sensi dell'articolo 188 C.d.S. redatta per il rinnovo dell'autorizzazione in deroga per la mobilità delle persone disabili n° _____ del _____ dal Comune di _____ (____).
------------------------	--

Il sottoscritto dr. _____, medico curante del
Sig. _____, nato a _____ (____)
il _____

C E R T I F I C A

che per il proprio assistito, sopra indicato, persistono le condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio dell'autorizzazione in deroga per la mobilità delle persone disabili, prevista dell'articolo 188 del vigente Codice della Strada.

(timbro e firma del medico certificante)