



ASL
FROSINONE



REGIONE
LAZIO

DISTRETTO "A" ANAGNI-ALATRI

CONTRASSEGNO SPECIALE
(art.381 del D.P.R. 495/92)

Prot. n.....

Data

Vista la richiesta del sign/ra.....

Nato/a.....il.....

Residente in.....Via.....

Relativa al rilascio dello speciale contrassegno di cui all'art.381 DPR 495/92 e tenuto conto della visita

Medico-legale effettuata il.....

Certifica che il Sign/ra.....

Presenta "effettiva capacita' di deambulazione sensibilmente ridotta" e pertanto sotto il profilo

Medico-legale risultano integrati i presupposti necessari per la concessione dello speciale contrassegno

di cui all'art. 381 DPR 495/92

la presente certificazione è valida per anni.....

IL MEDICO