

RICHIESTA CONTRASSEGNO INVALIDI

(ai sensi dell'art. 381 del D.P.R. n° 495/1992)

Al Comando Polizia Locale

Comune di Capoterra

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____
nato/a a _____ il ___/___/_____ Codice Fiscale _____
residente a _____ in via _____ n° _____
tel/fax _____ Cell _____ e-mail _____

In qualità di _____ in nome e per conto di _____
nato/a a _____ il ___/___/_____ Codice Fiscale _____
residente a Capoterra in via _____ n° _____

in possesso della certificazione medica rilasciata dall'ufficio medico-legale dell'Unità Sanitaria Locale di appartenenza, dalla quale risulta che nella visita medica è stato espressamente accertato che la persona per la quale viene chiesta l'autorizzazione ha effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta,

CHIEDE

il rilascio il rinnovo il duplicato

del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide, ai sensi dell'art. 381 del D.P.R. n° 495/1992 e successive modificazioni.

Si allega la seguente documentazione:

Certificazione medica attestante la difficoltà di deambulazione

N° 2 Foto tessera uguali recenti

Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente.

Capoterra ___/___/_____

Firma

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

