

Marca da bollo Euro 16,00

(esente se invalidità 100%)

ALL'UFFICIO POLIZIA LOCALE

26846 CORNO GIOVINE (LO)

OGGETTO: RICHIESTA DI CONTRASSEGNO DI CIRCOLAZIONE E SOSTA PER INVALIDI ai sensi del D. L.vo n° 285 del 30/04/1992 e del D.P.R. n° 495 del 16/12/1992.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
_____ in data _____ residente a Corno Giovine (LO) in _____
_____ n° tel _____

invalido/a con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta così come risulta attestato da:

certificato rilasciato dall'Azienda sanitaria Locale della Provincia di _____ rilasciato in data _____
_____ che allego alla presente;

verbale della Commissione Sanitaria di _____ per l'accertamento degli stati di
invalidità civile rilasciato in data _____ da cui si rileva una invalidità del 100% che
allego in copia alla presente;

CHIEDE

la concessione dello speciale contrassegno di cui all'articolo 381 del D.P.R. n° 495 del 16/12/1992 per la
circolazione e la sosta delle persone portatrici di handicap.

In attesa di cortese riscontro colgo l'occasione per porgere cordiali saluti.

Corno Giovine li _____

IN FEDE

PARTE DA COMPILARE IN CASO DI TUTORE, FIGLIO/A MINORE O INCAPACITA' DI FIRMARE

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ in data _____
_____ residente a Corno Giovine in _____ n° tel. _____
_____ dichiaro di essere (*) _____ del/della
Sig./Sig.ra _____ a cui spetta per diritto il rilascio del contrassegno richiesto.

Corno Giovine li _____

IN FEDE

(*) Indicare se: Tutore, genitore di figlio/a minore, ecc.