

Marca da bollo Euro 16,00

(esente se invalidità 100%)

All' **UFFICIO POLIZIA LOCALE** di

**26846 CORNO GIOVINE (LO)**

**OGGETTO: RICHIESTA DI RINNOVO DEL 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) indirizzo \_\_\_\_\_

n° tel \_\_\_\_\_ invalido/a con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta già in possesso di contrassegno n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ rilasciato dal Comune di

\_\_\_\_\_.

**CHIEDE**

il rinnovo del proprio 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 allegato alla presente si trasmette copia della certificazione medica rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal proprio medico curante con cui viene attestato il permanere delle condizioni di salute che hanno reso necessario il rilascio del contrassegno.

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 \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
residente a Corno Giovine in via \_\_\_\_\_ 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 minorenne, ecc.