

AL RESPONSABILE
DEL SETTORE DI POLIZIA LOCALE
SOLBIATE ARNO

RICHIESTA CONTRASSEGNO INVALIDI

Il sottoscritto:

Cognome _____ Nome _____

nato a _____ il _____

residente nel Comune di _____ in Via _____ N. _____

Telefono N. _____

CHIEDE

Il rilascio di:

NUOVO

RINNOVO

DUPLICATO

Contrassegno per la sosta dei veicoli al servizio delle persone diversamente abili, agevolazione di cui art.188 del D.lgs 30.04.1992, n.285 e dell'art. 12 del D.P.R 04.07.1996, n.503.

Allegato:

- Certificato A.S.L comprovante la capacità di deambulazione sensibilmente ridotta.
- Una foto tessera.

Per il solo **rinnovo** dei contrassegni con la validità quinquennale:

- Certificato del medico curante che confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio del contrassegno (capacità di deambulazione sensibilmente ridotta).

Luogo e data _____

Firma
