

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 minorenni, ecc.