

OGGETTO: Richiesta di contrassegno di circolazione e sosta per invalidi Civili/disabili ai sensi del D. Lgs. 285/92 art. 188; DPR. 495/1992 art. 381 mod. dal DPR. 151/2012.

AL SIG: SINDACO DI
VIGONOVO

IL/LA Sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ 11 _____

Residente a _____ Via _____ N° _____

Invalid__ per: vedasi certificazione medica allegata agli atti in possesso dell'Ufficio preposto per l'istruttoria e recapito del contrassegno e certificata dalla Commissione medica di accertamento dell'invalidità civile, dell'Ulss territorialmente competente, per quanto sopra

CHIEDE

Il rilascio / Rinnovo dello speciale contrassegno di cui all'art. 381 del DPR:495/1992, modificato dal DPR. 151/2012 con le indicazioni del Consiglio dell'Unione Europea n. 98/376/CE e successive modificazioni e integrazioni.

A tal fine, dichiara di essere in possesso dei requisiti previsti per legge.

Si allega alla presente :

- Copia certificazione medica;
- Copia documento d'Identità;
- Due foto del richiedente, formato tessera.

Li _____

Firma del richiedente
