

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 Maleo (Lo) indirizzo _____
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

Alla S.V. Ill.ma 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.

Maleo 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 Maleo (Lo) indirizzo _____
n° tel _____ dichiaro di essere (*) _____
del/della Sig./Sig.ra _____
a cui spetta per diritto il rilascio del contrassegno richiesto.

_____ li _____

IN FEDE
