

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 Maleo (Lo) indirizzo _____
n° tel _____ invalido/a con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta già in possesso
di contrassegno n° _____ del _____ rilasciato dal Comune di _____

CHIEDE

Alla S.V. Ill.ma 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.

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
