

OGGETTO: Contrassegno invalidi – Autorizzazione per la circolazione e la sosta di veicoli al servizio di persone invalide (Figli)

Il/la sottoscritto/a _____

nato a _____ il ____/____/____

residente a San Sperate in via/piazza _____

tel. _____ codice fiscale _____

Dichiara sotto la propria responsabilità che il/la proprio/a figlio/a
(nome) _____

nato a _____ il ____/____/____ ha capacità di
deambulazione sensibilmente ridotta e pertanto

CHIEDE

Rilascio

Rinnovo concessione n. _____ del _____

Duplicato concessione n. _____ del _____

Dell'autorizzazione per usufruire delle apposite strutture destinate alla circolazione e alla sosta dei veicoli a servizio di persone invalide con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta.

Documentazione da allegare:

- Per il rilascio di un nuovo permesso: certificato medico Legale dell'ASL.
- Solo in caso di rinnovo di permesso definitivo: certificato del medico curante.
- Copia del documento d'identità del richiedente

Data _____

Il dichiarante

Spazio riservato all'Ufficio

Concessione n. _____ del _____

Prot. n. _____ del _____