

Al Comune di Castel del Piano
Via Marconi, 9
58033 CASTEL DEL PIANO (GR)

OGGETTO: “ Contrassegno Invalidi” ai sensi del D.P.R 27 Aprile 1978, n. 384 e D.P.R 16 Dicembre 1992, n.495, art. 381.

__l__ sottoscritto _____ nato a _____ il ____ / ____ / ____

Residente a _____ Via _____

In qualità di _____ della Sig./Sig.ra _____ nat ____ a _____

_____ il ____ / ____ / ____, Tel. _____

invalido con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta, già titolare dell'autorizzazione contrassegno invalidi n. _____

- (a) Scaduto
- (b) Deteriorato
- (c) Smarrito
- (d) Altro

CHIEDE

Il rilascio del contrassegno per la circolazione/sosta di veicoli al servizio di persone invalide art. 188 del C.D.S.

ACCONSENTE

Al rilascio del contrassegno di cui all'art. 381 del D.P.R 16 dicembre 1992 n. 495 nelle forme e colori in deroga a quanto previsto dal D.Lgs 196/03.

Data, _____

(Firma del Richiedente)

Allegati:

- Certificato del medico attestante il persistere delle condizioni di infermità;
- Copia del vecchio contrassegno invalidi;
- Copia dell'eventuale denuncia di smarrimento contrassegno invalidi;
- Copia documento identità; N.2 Fototessera.