

Marca da bollo
€ 14,62

(*) Se il contrassegno viene rilasciato
per un periodo inferiore a 5 anni

Al Sig. Sindaco del Comune di Trecate

OGGETTO: Domanda di rilascio/rinnovo Contrassegno Invalidi.

Il sottoscritto _____ sesso: M F
nato il ____/____/____ a _____ (____)
residente a _____ (____)
in Via/P.za _____ n° _____
Telefono: _____

essendo affetto da infermità che determina una sensibile riduzione della capacità di deambulazione
autonoma, come risulta dall'allegato certificato medico rilasciato in data ____/____/____

- dalla Commissione Medico Legale della ASL 13 di _____
 dal Medico Curante Dott. _____ di _____

al fine di poter esercitare la facoltà di sosta e di circolaz. di cui all'art. 12 del D.P.R. 24.07.1996, n° 503,

CHIEDE

alla S.V. Ill.ma che gli venga:

- rilasciato lo speciale contrassegno previsto dall'art. 381/2° c. del D.P.R. 16.12.1992, n° 495.
 rinnovato il contrassegno n° _____ (scadenza ____/____/____)

Fiducioso che la presente richiesta venga benevolmente accolta, si coglie l'occasione per porgere distinti
saluti.

Il richiedente, non presentandosi di persona, allega copia del proprio DOCUMENTO D'IDENTITA':

tipo: _____ n° _____
rilasciato in data ____/____/____ *da* _____

Trecate, li ____/____/____

IL RICHIEDENTE
