

Comune di collazzone
Area vigilanza
P.zza jacopone, 6
06050 Collazzone

Oggetto: Richiesta per il rilascio/rinnovo contrassegno invalidi

La/il sottoscritta/o _____
nata/o il _____ a _____ (____)
residente in via _____ n. _____
C.F.: _____ e-mail _____ tel. _____
Trovandosi nelle condizioni di _____

avendo acquisito idonea certificazione, rilasciata dall'Ufficio Medico Legale della U.S.L.
competente, in data _____, con la presente

CHIEDE

il rilascio/rinnovo dell'apposita concessione per parcheggio invalidi denominata "contrassegno invalidi" di cui alla fig. iv dell'art. 381 del D.P.R. 16 dicembre 1992 n. 495 "Regolamento di esecuzione e di attuazione del Nuovo Codice della Strada".

Collazzone, li _____

Il richiedente

Allegati:

- certificato rilasciato dall'Ufficio Medico Legale della U.S.L. competente;
- copia del documento di identità del richiedente;
- vecchio contrassegno (in caso di rinnovo)
- N. 1 FOTOGRAFIA FORMATO TESSERA