

OGGETTO: richiesta di contrassegno di circolazione e sosta per invalidi ai sensi del D.P.R. 27 aprile 1978, n. 384 - D.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495.

AL SINDACO DI _____

__ l __ sottoscritto __ _____

nat __ a _____ il _____

residente in _____

Via _____ n. _____

invalid __ per _____

come risulta dall'allegata certificazione medica rilasciata dall'Ufficio Medicina Legale dell'A.S.L.

n. _____ di _____

CHIEDE

la concessione dello speciale contrassegno di cui all'art. 381 del D.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495,
per la circolazione e sosta.

Li _____

Firma del richiedente

Si allega 1 Foto
tel: