

AL COMUNE DI

.....

OGGETTO: Richiesta di contrassegno di circolazione e sosta per invalidi
ai sensi del D.P.R. 24 luglio 1996, n. 503 - D.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495

Il sottoscritto sesso M F ⁽¹⁾

nato a il

residente a

via n.

invalido come da allegata certificazione medica rilasciata dall'Ufficio Medico Legale dell'Unità/Azienda
Sanitaria Locale 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 con veicolo a servizio di persone invalide con capacità di deambulazione sensi-
bilmente ridotta.

.....
data

.....
Firma del richiedente

⁽¹⁾ Barrare la casella che interessa.