

Protocollo

Al Comune di _____

OGGETTO: DOMANDA PER IL RILASCIO/RINNOVO CONTRASSEGNO INVALIDI.

(Ai sensi del D. Lgs. n. 285 del 30.04.1992 – D.P.R. 495/1992, art. 381, comma 2)

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____

(Prov. di _____) residente a _____

Via _____ N _____

Telefono _____

CHIEDE

- ☐ Il rilascio del contrassegno invalidi come previsto dal D.P.R. 495/1992, art. 381, comma 2 e a tale scopo allego copia del certificato attestante l'effettiva capacità di deambulazione ridotta, rilasciato dal Servizio Medicina Legale della A.S.L. competente + una foto formato tessera;
- ☐ Il rilascio/rinnovo del contrassegno invalidi con validità **inferiore** ad anni 5 (cinque) N _____, come previsto dal D.P.R. 495/1992, art. 381, comma 2 e a tale scopo allego copia del certificato attestante il protrarsi l'effettiva capacità di deambulazione ridotta, rilasciato dal Servizio Medicina Legale della A.S.L. competente + il contrassegno scaduto + una foto formato tessera;
- ☐ Il rinnovo del contrassegno invalidi con validità di anni 5 (cinque) N _____, come previsto dal D.P.R. 495/1992, art. 381, comma 2 e a tale scopo allego copia del certificato attestante il protrarsi l'effettiva capacità di deambulazione ridotta, rilasciato dal Medico Curante + il contrassegno scaduto + una foto formato tessera;

_____, li _____

FIRMA _____