

Al Sig. Sindaco
Comune di San Vittore del Lazio (FR)

OGGETTO: Richiesta di rilascio/rinnovo contrassegno speciale per handicap

Il /La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ PR _____ il ____ / ____ / ____ /
residente a _____ PR _____
Via _____ n° ____ tel. _____ cell. _____

CHIEDE

Che gli/le venga rilasciato il contrassegno in oggetto indicato ai sensi del art. 188 Dlg. 285/92, dell'art.32 del D.P.R. 495/92 e 503/96).

A tale scopo il richiedente dichiara, sotto la propria responsabilità che:

- i dati anagrafici di cui sopra sono relativi alla persona richiedente;
- di trovarsi in condizioni di effettivo impedimento con deambulazione sensibilmente ridotta.

San Vittore del Lazio _____

FIRMA

Allegati:

☐ **Rilascio** Certificazione medica rilasciata dalla A.S.L. (Servizio di medicina legale) di appartenenza da cui risulti che la persona per cui è richiesta l'autorizzazione ha effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta.

☐ **Rinnovo** Certificazione rilasciata dal medico curante che confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio del contrassegno.

(Tale certificazione deve specificare il presumibile periodo di durata dell'invalidità)

☐ **Rilascio Duplicato causa smarrimento o deterioramento**

N.B. In caso di impedimento oggettivo, la richiesta può essere firmata dal tutore o esercente la patria podestà, per nome e conto dell'avente diritto.