

**OGGETTO: Contrassegno invalidi – Autorizzazione per la circolazione e la sosta di veicoli al servizio di persone invalide**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente a San Sperate in via/piazza \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Rilascio

Rinnovo concessione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Duplicato concessione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Dell'autorizzazione per usufruire delle apposite strutture destinate alla circolazione e alla sosta dei veicoli a servizio di persone invalide con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta.

**Documentazione da allegare:**

- Per il rilascio di un nuovo permesso: certificato medico Legale dell'ASL.
- Solo in caso di rinnovo di permesso definitivo: certificato del medico curante.
- Copia documento identità del richiedente

Data \_\_\_\_\_

Il dichiarante

\_\_\_\_\_

Spazio riservato all'Ufficio

Concessione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_