

Marca da bollo Euro 16,00
(esente se invalidità 100%)

**Spett.le UFFICIO POLIZIA LOCALE
INTERCOMUNALE
c/o COMUNE DI FOMBIO
26861 FOMBIO (Lo)**

OGGETTO: Richiesta di contrassegno di circolazione e sosta per invalidi ai sensi del D. L.vo n° 285 del 30/04/1992 e del D.P.R. n° 495 del 16/12/1992 (NUOVO CONTRASSEGNO EUROPEO).

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ in data _____
residente a Fombio (Lo) indirizzo _____
n° tel _____ indirizzo di posta elettronica (se posseduto) _____
invalido/a con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta così come risulta attestato da:
/_/ certificato rilasciato dall'Azienda sanitaria Locale della Provincia di _____ rilasciato in data _____ che allego alla presente;
/_/ verbale della Commissione Sanitaria di _____ per l'accertamento degli stati di invalidità civile rilasciato in data _____ da cui si rileva una invalidità del 100% che allego in copia alla presente;

CHIEDE

la concessione dello speciale contrassegno di cui all'articolo 381 del D.P.R. n° 495 del 16/12/1992 per la circolazione e la sosta delle persone portatrici di handicap.

Allego alla presente:

- /_/una foto recente formato tessera;
- /_/certificazione medica;
- /_/ € 1,00 in contanti per diritti di segreteria.

In attesa di cortese riscontro colgo l'occasione per porgere cordiali saluti.

Fombio li _____

IN FEDE

PARTE DA COMPILARE IN CASO DI TUTORE, FIGLIO/A MINORE O INCAPACITA' DI FIRMARE

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ in data _____
residente a _____ indirizzo _____
n° tel _____ dichiaro di essere (*) _____
del/della Sig./Sig.ra _____
a cui spetta per diritto il rilascio del contrassegno richiesto.

Fombio li _____

IN FEDE

(*) Indicare se: Tutore, genitore di figlio/a minorenni, ecc.

Marca da bollo Euro 16,00
(esente se invalidità 100%)

**Spett.le UFFICIO POLIZIA LOCALE
INTERCOMUNALE
c/o COMUNE DI FOMBIO
26861 FOMBIO (Lo)**

OGGETTO: Richiesta di rinnovo del contrassegno di circolazione e sosta per invalidi ai sensi del D. L.vo n° 285 del 30/04/1992 e del D.P.R. n° 495 del 16/12/1992 (NUOVO MODELLO EUROPEO).

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ in data _____
residente a Fombio (Lo) indirizzo _____
n° tel _____ indirizzo di mail (se posseduto) _____
invalido/a con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta già in possesso di contrassegno n° _____
del _____ rilasciato dal Comune di _____

CHIEDE

il rinnovo del proprio speciale contrassegno modello europeo di cui all'articolo 381 del D.P.R. n° 495 del 16/12/1992 per la circolazione e la sosta delle persone portatrici di handicap.

In allegato alla presente si trasmette copia della certificazione medica rilasciata:

/ / dal proprio Medico curante in data _____ con cui viene attestato il permanere delle condizioni di salute che hanno reso necessario il rilascio del contrassegno;

/ / dall'A.S.L. di Lodi in data _____ con cui viene attestato il permanere delle condizioni di salute che hanno reso necessario il rilascio del contrassegno;

/ / una foto recente formato tessera;

/ / € 1,00 in contanti per diritti di segreteria.

In attesa di cortese riscontro colgo l'occasione per porgere cordiali saluti.

Fombio li _____

IN FEDE

PARTE DA COMPILARE IN CASO DI TUTORE, FIGLIO/A MINORE O INCAPACITA' DI FIRMARE

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ in data _____
residente a _____ indirizzo _____
n° tel _____ dichiaro di essere (*) _____
del/della Sig./Sig.ra _____
a cui spetta per diritto il rilascio del contrassegno richiesto.

Fombio li _____

IN FEDE

(*) Indicare se: Tutore, genitore di figlio/a minorenni, ecc.

Marca da bollo Euro 16,00
(esente se invalidità 100%)

**Spett.le UFFICIO POLIZIA LOCALE
INTERCOMUNALE
c/o COMUNE DI FOMBIO
26861 FOMBIO (Lo)**

OGGETTO: Richiesta duplicato o conversione di contrassegno di circolazione e sosta per invalidi ai sensi del D. L.vo n° 285 del 30/04/1992 e del D.P.R. n° 495 del 16/12/1992 (NUOVO CONTRASSEGNO EUROPEO).

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ in data _____
residente a Fombio (Lo) indirizzo _____
n° tel _____ indirizzo di mail (se posseduto) _____ invalido/a
con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta già in possesso di contrassegno n° _____ del
_____ rilasciato dal Comune di _____

poiché:

ha smarrito il certificato suddetto

ha subito il furto del certificato suddetto

ha deteriorato il certificato suddetto

ha cambiato residenza essendosi trasferito a Fombio (Lo) in Via _____
proveniente dal Comune di _____ indirizzo _____

pertanto necessita della conversione del proprio contrassegno

conversione del vecchio contrassegno con nuovo contrassegno modello europeo

CHIEDE

il duplicato dello speciale contrassegno di cui all'articolo 381 del D.P.R. n° 495 del 16/12/1992 per la circolazione e la sosta delle persone portatrici di handicap.

In allegato alla presente trasmetto:

copia della denuncia di smarrimento

copia della denuncia di furto

il contrassegno deteriorato

il contrassegno rilasciato dal Comune di _____

una foto recente formato tessera;

€ 1,00 in contanti per diritti di segreteria.

In attesa di cortese riscontro colgo l'occasione per porgere cordiali saluti.

Fombio li _____

IN FEDE

PARTE DA COMPILARE IN CASO DI TUTORE, FIGLIO/A MINORE O INCAPACITA' DI FIRMARE

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ in data _____

residente a _____ indirizzo _____

n° tel _____ dichiaro di essere (*) _____

del/della Sig./Sig.ra _____

a cui spetta per diritto il rilascio del contrassegno richiesto.

IN FEDE

(*) Indicare se: Tutore, genitore di figlio/a minorenni, ecc.