

Al Sindaco del Comune di Zola Predosa

A) Oggetto:  **Rilascio contrassegno per veicolo a servizio di persona invalida**

B) Oggetto:  **Rinnovo contrassegno per veicolo a servizio di persona invalida**

EX \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(Barrare l'oggetto di interesse)

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

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_

Via/piazza \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_

Quale: A) Invalido come da certificazione medica allegata

B) Esercente la patria potestà del minore o Tutore per conto di:

\_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in Zola Predosa via/piazza \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Il rilascio del contrassegno invalidi per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone invalidi con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta.

Art. 381 del D.P.R. 16/12/1992 n. 495 (Art. 188 D.d.S.)

Data \_\_\_\_\_

In fede

Allegare:

A) 2 (due) foto formato tessera

B) Carta di identità dell'avente diritto e/o esercente patria potestà/tutore

C) Certificazioni mediche attestanti i requisiti per la richiesta (ASL/Inps/medico di base ecc)