

**Al Comando Polizia Municipale
di
Pellezzano**

Oggetto: **contrassegno di circolazione e sosta per invalidi – richiesta**

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il ____ | ____ | ____

residente a _____ in via _____

OPPURE

In qualità di _____, in nome e per conto di _____

nato/a a _____ il ____ | ____ | ____

residente a _____ in via _____

CHIEDE

il rilascio del contrassegno previsto dall'**art. 381 D.P.R. n. 495/1992** e ss. mm. ll. per la circolazione e sosta di autoveicolo al proprio servizio.

Allega:

1. il certificato rilasciato dall'ASL – Commissione Medicina Legale per l'accertamento dell'handicap in data ____ | ____ | ____ attestante le condizioni sanitarie di invalidità;
2. una fotografia formato tessera.

il rinnovo del contrassegno previsto dall'**art. 381 D.P.R. n. 495/1992** e ss. mm. ll. per la circolazione e sosta di autoveicolo al proprio servizio.

Allega:

1. il certificato del medico curante in data ____ | ____ | ____ attestante il persistere delle condizioni sanitarie di invalidità che hanno dato luogo al rilascio iniziale dell'autorizzazione;
2. una fotografia formato tessera
3. contrassegno scaduto N° _____

Pellezzano, lì, ____ | ____ | ____

Il/La richiedente
