

Marca da bollo
€16,00
(solo per
contrassegni
a tempo
determinato)

AL Sig. SINDACO
Del Comune di
31020 SAN FIOR (TV)

**OGGETTO: Richiesta di contrassegno di circolazione e sosta per invalidi ai sensi del
D.P.R. 16.12.1992 , n. 495**

Il/La sottoscritto/a
nat... a il
residente in Via N.
N. Tel.

come risulta dall'allegata certificazione

- rilasciata dall' Ufficio Medico Legale dell'Unità Sanitaria Locale di appartenenza a tempo indeterminato (5 anni)
- rilasciata dall' Ufficio Medico Legale dell'Unità Sanitaria Locale di appartenenza a tempo determinato per un periodo di(all. marca da bollo Euro 16,00)
- rilasciata dal medico curante (solo per il rinnovo dei contrassegni a tempo indeterminato)

CHIEDE

- per se stesso
- per altra persona

Cognome/Nome
Nat... a il
residente in Via N.

la concessione dello speciale contrassegno di cui all'art. 381 del D.P.R. 16. 12.1992 , n. 495.

DICHIARA

di essere a conoscenza che l'uso dell'autorizzazione è personale e che il contrassegno deve essere restituito dopo la scadenza o in caso di decesso.

San Fior, li

.....
firma del richiedente

Sulla base delle informazioni fornite, acconsento, con la firma in calce alla presente, ad utilizzare i miei dati personali per finalità istituzionali del procedimento attivato e nel rispetto degli obblighi di trattamento di cui al GDPR 679/2016.

.....
firma del richiedente

Per ricevuta contrassegno