

Al Signor Sindaco
del Comune di Alpignano
Viale Vittoria, 14
10091 ALPIGNANO (TO)

Il /La sottoscritto/a _____ nat _____ il _____
a _____ (prov. _____)
residente ad Alpignano in via/corso _____
tel. _____,
a causa della propria capacità di deambulazione sensibilmente ridotta,

C H I E D E

- Rilascio
- Rinnovo
- Duplicato

del contrassegno invalidi previsto ai sensi dell'art. 188 del C.d.S. e relativo Regolamento di Esecuzione.

Il/La richiedente prende atto:

- che l'uso dell'autorizzazione é strettamente personale pertanto utilizzabile in presenza dell'intestatario;
- che il contrassegno deve essere esposto sul parabrezza anteriore del veicolo al servizio dell'invalido;
- che non può essere in possesso di uguale autorizzazione rilasciata dal Sindaco di altro Comune;
- che il contrassegno deve essere restituito in caso di decadenza (decesso, trasferimento di residenza in altro Comune, scadenza, etc.).

Allo scopo allega alla presente:

- certificazione medico-legale rilasciata dall'ASL competente per territorio;
- certificazione del medico di base attestante il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio (solo in caso di rinnovo);
- contrassegno posseduto (solo in caso di rinnovo o di duplicato);
- marca da bollo da € 11,00 (solo in caso di invalidità temporanea*)

Alpignano, li _____ Firma _____

Si informa, ai sensi del D. Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti sono trattati esclusivamente per la definizione del presente procedimento e nei limiti stabiliti dalle Leggi e Regolamenti.
--

**** In caso di invalidità temporanea anche la richiesta deve essere inoltrata in bollo***