

Fornovo San Giovanni, lì ___/___/200_

Al Sig.
SINDACO
del Comune di
FORNOVO SAN GIOVANNI

OGGETTO: Richiesta di rilascio del “Contrassegno Invalidi”.

Nuovo rilascio Rinnovo (allegare fotocopia “contrassegno invalidi” scaduto)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente in Via _____ al n° _____

Città _____ prov. _____ Telefono _____

C H I E D E

ai sensi dell’art. 381 del D.P.R. 495/1992 – Regolamento al Codice della strada -, il
rilascio del “Contrassegno invalidi”:

Permanente;

Temporaneo, fino alla data _____.

in quanto persona che rientra nelle categorie previste.

Distinti saluti.

IL/LA RICHIEDENTE

ALLEGATI:

- **Documentazione medico-legale rilasciata dal competente ufficio A.S.L.**

N.B.: Nel caso di rinnovo per invalidità permanente è sufficiente il certificato medico di attestazione dell’invalidità rilasciato dal proprio medico di base.