

RICHIESTA CONTRASSEGNO DI PARCHEGGIO PER DISABILI
(ai sensi dell'art.381 D.P.R. n.495/92 come modificato dal D.P.R. 151/2012)

Il/La Sottoscritto/a _____

consapevole che il rilascio di dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. m. 445/2000

DICHIARA

di essere nato/a a _____ (____) il _____

e di essere residente a BEINASCO in _____ n. _____

Tel. _____ Codice Fiscale _____

CHIEDE

il rilascio del contrassegno di parcheggio per disabili di cui alla figura V4 dell'art. 381 D.P.R. 495/92 (così come modificato dal D.P.R. 151 del 30 luglio 2012), specificando che trattasi di:

- Primo rilascio (allegato certificato originale del medico legale ASL)
- Rinnovo del contrassegno n° _____ (allegato certificato del medico curante e contrassegno scaduto)
- Contrassegno Temporaneo (allegato certificato originale del medico legale ASL e n. 2 marche da bollo da € 16,00 cadauna)
- Duplicato del contrassegno n° _____ (allegato contrassegno deteriorato o illeggibile)
- Nuovo contrassegno causa smarrimento/furto (allegata denuncia alla forze di Polizia)

E DELEGA

Il/La Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ (____) il _____

e residente a _____ (____) in _____ n. _____

telefono _____

a presentare la richiesta e a ritirare per mio conto il relativo contrassegno.

Il costo del contrassegno è di Euro 6,00.

Il sottoscritto

ALLEGARE N. 2 FOTO FORMATO TESSERA IDENTICHE E RECENTI DEL RICHIEDENTE